

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Gestión**

Maestría en Gerencia para el Desarrollo

Mención en Gerencia Social

## **Análisis de la situación del adulto mayor en Quito**

**Caso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, período 2017**

Andrea Carolina Aleaga Figueroa

Tutora: Eulalia Flor Recalde

Quito, 2018





## **Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis/monografía**

Yo, Andrea Carolina Aleaga Figueroa, autora de la tesis intitulada “Análisis de la situación del adulto mayor en Quito. Caso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, período 2017”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Gerencia para el Desarrollo con mención en Desarrollo Social, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.

2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.

3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha. ....

Firma: .....



## Resumen

El presente estudio analiza la calidad de vida del adulto mayor y sus principales concepciones, interpreta su relación con la política pública del Estado Ecuatoriano dirigido a este grupo a través de la normativa técnica del adulto mayor para centros de reposo, evalúa el cumplimiento de esta y su concordancia con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores del Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré. El marco teórico fue elaborado a partir de fuentes bibliográficas de alto impacto en el estudio de la calidad de vida del adulto mayor: salud y epidemiología, apoyo familiar, situación socioeconómica, dependencia, y cuidado institucional, iniciando con un enfoque globalizado y luego llevado al análisis local. El estudio de la política pública dirigida al adulto mayor se centró en el análisis de la Constitución de la República del Ecuador, la ley del anciano y la normativa técnica para el adulto mayor. Para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor se utilizó la encuesta tipo *likert* proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, denominada *WHOQoL-BREF* y se realizó un análisis de la situación de los adultos mayores basados en su estado nutricional, grado de dependencia, nivel cognitivo, presencia de depresión, enfermedades que los afectan, cantidad de medicamentos que consumen al día y situación socioeconómica, información obtenida de las historias clínicas de los adultos mayores. También se aplicó una encuesta a los profesionales del centro gerontológico con la finalidad de conocer si se da o no cumplimiento a los estándares dictados por la normativa técnica del adulto mayor. Como resultado se obtuvo que la percepción de calidad de vida del adulto mayor depende en cierta medida del cumplimiento de las políticas dirigidas a este grupo, además de otros componentes, dentro de estos los más importantes se pueden considerar los factores de tipo emocional. Además, se pudo determinar que la herramienta elegida, *WHOQoL-BREF*, puede herir susceptibilidades de los adultos mayores que no cuenten con una situación anímica y/o física en condiciones que ellos perciban como adecuadas.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, política pública, Norma Técnica.



## **Dedicatoria**

A mi padre, que desde sus enseñanzas tempranas y aún después de su partida ha sido parte fundamental de este logro, a mi madre y hermanos por su amor y apoyo incondicional y a mi esposo e hijos que sin duda alguna son mi fortaleza y principales protagonistas de este sueño alcanzado.





## **Agradecimientos**

En primer lugar, a las personas que forman parte del Hogar Santa Catalina Labouré por su apertura y apoyo en la elaboración de este trabajo, en segundo lugar, a la Universidad Andina Simón Bolívar por todo el apoyo y las enseñanzas brindadas y un agradecimiento especial a todas aquellas personas que dedican su tiempo al cuidado del adulto mayor con responsabilidad y profesionalismo.



## Tabla de contenido

<b>Lista de ilustraciones .....</b>	<b>13</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo uno .....</b>	<b>19</b>
<b>Delimitación conceptual de la calidad de vida en el adulto mayor .....</b>	<b>19</b>
<b>1. El envejecimiento en el Ecuador .....</b>	<b>19</b>
<b>2. Calidad de vida .....</b>	<b>21</b>
2.1. Salud en el adulto mayor .....	23
2.2. Condiciones Socioeconómicas .....	26
2.3. Dependencia.....	29
2.4. Apoyo familiar .....	30
2.5. Cuidados institucionales .....	32
<b>Capítulo dos .....</b>	<b>35</b>
<b>Política pública dirigida al adulto mayor.....</b>	<b>35</b>
<b>1. Constitución de la República del Ecuador .....</b>	<b>35</b>
<b>2. La ley del anciano.....</b>	<b>38</b>
<b>3. Norma técnica para población del adulto mayor. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).....</b>	<b>41</b>
<b>Capítulo tres .....</b>	<b>49</b>
<b>Análisis de la política pública del adulto mayor y percepción de calidad de vida en el Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré .....</b>	<b>49</b>
<b>1. Enfoque de la investigación .....</b>	<b>49</b>
<b>2. Modalidad de la investigación.....</b>	<b>49</b>
<b>3. Herramienta de la investigación .....</b>	<b>49</b>
3.1. Matriz de investigación.....	50
<b>4. Objeto de estudio.....</b>	<b>53</b>
4.1. Muestra .....	55
<b>5. Presentación de los resultados.....</b>	<b>55</b>
5.1. Familia, comunidad y redes sociales.....	57
5.2. Procesos socioeducativos .....	59
5.3. Salud preventiva, alimentación y nutrición .....	60
5.4. Talento humano.....	68
5.5. Capacitaciones del equipo técnico .....	69

5.6. Encuesta a equipo técnico.....	70
5.7. Ambientes seguros y protectores .....	71
5.8. Administración y gestión .....	71
5.9. Percepción de calidad de vida del Adulto Mayor.....	72
5.10. Índice de calidad de vida .....	82
Capítulo cuatro.....	85
Propuesta .....	85
1. Introducción .....	85
2. Objetivo general .....	85
3. Objetivos específicos .....	85
4. Resultados esperados .....	85
5. Plan de acción .....	87
Capítulo cinco.....	93
Conclusiones y Recomendaciones.....	93
1. Conclusiones .....	93
2. Recomendaciones .....	95
Obras Citadas.....	97
Anexos .....	103

## Lista de ilustraciones

Gráfico 1 Porcentaje de adultos mayores, por sexo, según nivel de instrucción en Quito.....	28
Gráfico 2 Porcentaje de población adulto mayor, por estado civil .....	31
Gráfico 3 Cumplimiento de estándares de familia, comunidad y redes sociales....	57
Gráfico 4 Cumplimiento de estándar proceso socio – educativo.....	59
Gráfico 5 Estándar de salud preventiva, alimentación y nutrición.....	61
Gráfico 6 Patologías con mayor presencia en el adulto mayor .....	63
Gráfico 7 Número de medicamentos promedio consumidos por el adulto mayor...	64
Gráfico 8 Estado nutricional del adulto mayor.....	65
Gráfico 9 Evaluación funcional del adulto mayor .....	66
Gráfico 10 Evaluación de la fragilidad del adulto mayor.....	67
Gráfico 11 Capacitaciones del equipo técnico.....	69
Gráfico 12 Conocimiento de la política pública del adulto mayor.....	70
Gráfico 13 Análisis económico del adulto mayor.....	72
Gráfico 14 Pregunta de control 1: ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?.....	80
Gráfico 15 Pregunta de control 2: ¿Cuán satisfecho está con su salud?.....	81
 Tabla 1 Matriz de investigación.....	 50
Tabla 2 Estándar de calidad para cada ámbito.....	51
Tabla 3 Características del talento humano.....	68
Tabla 4 Coeficiente de confiabilidad alfa de crombach por dominio de la encuesta WHOQoL-BREF.....	 74
Tabla 5 Dominio salud física.....	75
Tabla 6 Estadística de resumen de los elementos del dominio salud física.....	75
Tabla 7 Dominio salud psicológica.....	76
Tabla 8 Estadística de resumen de los elementos del dominio salud psicológica....	77
Tabla 9 Dominio relaciones sociales.....	78
Tabla 10 Estadística de resumen de los elementos del dominio relaciones sociales. .....	 78

Tabla 11 Dominio ambiente.....	79
Tabla 12 Estadística de resumen de los elementos del dominio ambiente.....	80
Tabla 13 Preguntas independientes – de control.....	81
Tabla 14 Resumen de datos “varianza” de cada dominio.....	82
Tabla 15 Contraste entre pregunta de control para percepción de calidad de vida y puntuación de la evaluación total.....	83
Tabla 16 Plan de acción para el Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré.....	87

## **Introducción**

En el contexto latinoamericano y el Caribe, se ha estado provocando un progresivo envejecimiento poblacional y se advierte como un proceso extendido, en tanto que la población mundial se va transformando en una sociedad cada vez más envejecida.

Considerando esta situación, se advierte que este fenómeno posee hondas consecuencias en la sociedad y en contornos delimitados de las políticas públicas como la cohesión social, los derechos humanos y el rol del Estado.

Los adultos mayores constituyen un grupo etario vulnerable que requiere una atención gubernamental especializada en las diversas áreas en las que se desenvuelven. Las características físicas y sociales de los mismos, de igual modo, necesitan de tratamientos y lugares de convivencia adecuados a sus especificidades de manera que puedan facilitar sus dinámicas sociales y el estado íntegro de su salud física y emocional (Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2016).

En este sentido, estos grupos vulnerables, requieren atenciones del Estado desde diversas políticas públicas que impulsen su cuidado y atención de acuerdo a las características físicas y emocionales que en estas edades se demandan. Tomando en cuenta algunas de las alternativas que se han impulsado desde las instancias de gobierno, se pueden identificar instituciones de cuidado y atención de los mismos, que en ocasiones se resaltan por las insuficiencias tanto en la atención de los estados de salud de dichos individuos como en el diseño inadecuado de estructuras acordes a sus características físicas. Unido a ello, se resaltan las insuficientes alternativas de prevención de la integridad física de dichos ancianos frente a situaciones emergentes que pongan en riesgo su estabilidad emocional y física, entre diversos factores que limitan su complacencia y tranquilidad social (Lo Vuelo 2014).

A través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), se establecen políticas públicas direccionadas a garantizar el cumplimiento de los derechos de los adultos mayores en el Ecuador, generando así, programas de intervención y ayuda social dirigidos a esta población que actualmente se calcula son 987.279 personas de 65 años de edad o mayores, que representa el 7,27 % del total de la población, con un alto índice de pobreza extrema: 42,02%. Además, existe en el país 1'600.000 personas con discapacidad que representa el 13,3 % de la población

ecuatoriana, de los cuales 550.000 son personas de 65 años en adelante (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades 2013).

Como un componente estratégico de cumplimiento de los derechos de los adultos mayores, se han creado centros de atención gerontológica en todo el país y se han firmado convenios de cooperación económica con centros gerontológicos ya establecidos en diferentes tipos de atención, como son: residencia, diurna y domiciliaria, con la finalidad de extender la cobertura de atención integral gerontológica del adulto mayor a nivel país.

Esta ayuda económica extendida por el gobierno a través del MIES, consiste en cubrir rubros de gastos operativos de los centros gerontológicos inscritos en el programa de ayuda del ministerio; alimentación, salidas recreativas, equipo técnico (trabajador social, psicólogo, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, nutricionista) son algunos de los gastos que se cubren anualmente a cada una de estas instituciones prestadoras de servicios gerontológicas en diferentes modalidades de atención; de atención directa: Centros y servicios ejecutados directamente por el MIES. Bajo convenio: ejecutados por gobiernos autónomos descentralizados, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones religiosas con quienes el MIES suscribe convenios de cooperación. Privados, como personas naturales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones religiosas, otras instancias del sector privado. Públicos, ejecutados por otras instancias del sector público: gobiernos autónomos descentralizados, sector público que cuentan con financiamiento propio y no dependen económicamente del MIES. (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014)

La prestación de servicios de los centros gerontológicos anteriormente no contaba con controles operativos por parte del Estado, pero en la actualidad en nombre de la promoción de un envejecimiento positivo, se ha creado la norma técnica, que se convierte en un instrumento de lineamientos operativos para dar características específicas de funcionamiento a estos centros, incluyéndose en este grupo al Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré.

Los adultos mayores en esta etapa de vida atraviesan por diversos cambios físicos, psicológicos y sociales, los mismos que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar en el cual se encuentran inmersos, estos influyen directamente en las diversas áreas de funcionamiento. Si las condiciones no son entendidas como adecuadas, se podría favorecer la pérdida de “autonomía”,



actividades como usar el bus, utilizar el celular, encargarse de las compras y demás pueden verse afectadas. Estas situaciones en adultos institucionalizados pueden complicarse aún más si la atención no es la adecuada, por lo que es necesario conocer la percepción del adulto mayor respecto a su calidad de vida, de acuerdo a la gestión realizada por la institución en la que se encuentre como residente.

Para ello, resulta importante la ejecución de la presente investigación de tipo descriptiva cuyo objetivo general consiste en “describir la percepción del adulto mayor en el Hogar Santa Catalina Labouré (HASCL) respecto a su calidad de vida”, para lo que se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Fundamentar teóricamente la calidad de vida del adulto mayor
- Identificar la política pública dirigida a los adultos mayores
- Analizar la percepción de calidad de vida del adulto mayor residente del Hogar Santa Catalina Labouré con respecto al cumplimiento de la Norma Técnica del Adulto Mayor

Tomando en cuenta estas consideraciones, el estudio se desarrolla principalmente en tres capítulos, el primero está dedicado a la recopilación bibliográfica del sustento teórico de la calidad de vida en el adulto mayor, comenzando por una breve descripción sobre el envejecimiento en el Ecuador, variables de la percepción de la calidad de vida del adulto mayor que incluyen componentes de salud y epidemiología, condiciones socioeconómicas, empleo y jubilación, dependencia, apoyo familiar y cuidados institucionales.

El capítulo 2 recoge un acercamiento a los aspectos que componen el marco regulatorio que se dispone para garantizar los derechos de los adultos mayores en el contexto ecuatoriano. De este modo se recogen las disposiciones de las instancias gubernamentales que mayor vínculo poseen con estos grupos priorizados de la sociedad. De acuerdo con las perspectivas mencionadas, este capítulo se centra en el análisis de tres directrices políticas que resultan ser las de mayor convergencia con los aspectos que se requieren verificar posteriormente. Las directrices sobre los cuales se genera el análisis del presente capítulo son: la Constitución de la República del Ecuador, la ley del anciano y la norma técnica reglamentada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) dirigida a la población adulta mayor en el Ecuador.

El tercer capítulo, se enfoca en el análisis de la percepción de la calidad de vida del adulto mayor del Hogar Santa Catalina Labouré y el análisis del

cumplimiento de los estándares señalados en la norma técnica, entendida como el instrumento normativo de su estructura y funcionamiento. Se explica de manera específica la metodología utilizada en la investigación y se presentan los resultados obtenidos acompañados de un análisis.

El último componente de la investigación se ubica en el cuarto capítulo, en donde se ven reflejadas las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos del estudio y se brindan algunas recomendaciones relacionadas al trabajo realizado.

## **Capítulo uno**

### **Delimitación conceptual de la calidad de vida en el adulto mayor**

#### **1. El envejecimiento en el Ecuador**

En la actualidad, múltiples congresos, eventos e investigaciones dan cuenta de la importancia de este tema que constituye una realidad que probablemente en años anteriores no se venía contemplando desde las diversas propuestas de política pública. Sin duda alguna, el aumento de la población de adultos mayores ha puesto a pensar al mundo en un sinnúmero de estrategias para garantizar el bienestar de las personas en todo el ciclo de vida.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar al siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (Organización Mundial de la Salud 2002).

La comisión económica para América Latina y el Caribe CEPAL (1997), en su proceso de caracterización sociodemográfica y socioeconómica de los adultos mayores, propone abordar a este grupo desde un enfoque conceptual de desarrollo individual que esté constituido por la edad cronológica, la edad subjetiva y la edad social.

La edad cronológica se relaciona directamente con los cambios biológicos que se presentan con el pasar de los años, la edad subjetiva se liga a la autopercepción del individuo en relación a su edad y la edad social se deriva de estos, ya que, de su independencia física, relacionada con las características físicas del adulto mayor, y su autopercepción, se condicionan las actividades sociales; relaciones y demás se verán afectadas de manera positiva o negativa según sea el caso.

La definición cronológica de las etapas de la vida de un individuo se somete a una caracterización sociocultural; aunque ésta se ve marcadamente delimitada por la situación biológica del individuo, cada país define la edad en la que su población se considera en etapa de vejez. En países desarrollados esta etapa se establece a partir de los 60 años de edad, mientras que, en países en vías de desarrollo, como en el caso de Ecuador, esta etapa se marca a partir de los 65 años de edad.

A nivel mundial, la cantidad de adultos mayores está creciendo de manera exponencial, se estima que para el año 2025 la población de este grupo alcance los 1200 millones de personas en todo el mundo, para el año 2050 se alcanzará los 2000 millones, de los cuales aproximadamente el 80% se encontrará distribuido entre los países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud 2002).

El envejecimiento de la población hasta hace unos años se relacionaba directamente con los países más desarrollados, sin embargo, es un fenómeno demográfico que está cambiando las estructuras sociales nivel mundial.

En el contexto latinoamericano y el Caribe, se ha estado provocando un progresivo envejecimiento poblacional y se advierte como un proceso extendido, en tanto que la población mundial se va transformando en una sociedad cada vez más envejecida.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (2013), asegura que el Ecuador está atravesando por un proceso de transición demográfica, en el que primará el envejecimiento progresivo de la población. Según el INEC (2010), 7 de cada 100 ecuatorianos son adultos mayores, lo que equivale a la existencia de 985.000 individuos que han sobrepasado los 65 años edad, es decir, el 6.2% de la población ecuatoriana atraviesa por un proceso de envejecimiento (cronológico). De este número, sobresale la “feminización” de este grupo, ya que existe una mayor existencia de mujeres en relación a los hombres, en el Ecuador por cada 100 adultos mayores existen 121 adultas mayores de la misma edad (Instituto Nacional de Estadística y Censo 2010).

El INEC, a través de la encuesta condiciones de vida (ECV) 5ta ronda, aplicada en el año 2005, en la ciudad de Quito, determinó que en la parte urbana de esta ciudad existe una población de 1'523.274 habitante, constituida por el 49% de hombres (746.923) y el 51% de mujeres (776.352), de esta cantidad el 5,9% (90.628) correspondían al total de adultos mayores, de este el 5.5% (40.967) son hombres y el 6,4% (49.660) son mujeres, por lo que se llega a la conclusión de que seis de cada cien personas de la ciudad de Quito son adultos mayores, cifra que no se aleja de las estadísticas nacionales (Morales 2010).

En materia de política pública, considerar este cambio demográfico permitirá al país extender condiciones que retrasen el deterioro tanto físico como psicológico de las personas que estarán paulatinamente ingresando al grupo de adultos de

mayores del país. Garantizando así, el cumplimiento de los diversos aspectos requeridos en la concepción de la calidad de vida del adulto mayor.

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar con los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud (Organización Mundial de la Salud 2015).

El envejecimiento, además, no involucra necesariamente un deterioro marcado de los aspectos físicos, cognoscitivos y psicológicos de la persona, si bien es cierto, estas condiciones se han constituido como características propias de la edad, hoy en día la medicina ha permitido que los diversos tratamientos de salud a los que se expone la población mejoren las condiciones de vida de esta y retrasen el desgaste propio de la edad. Ahora ya no solo se espera hablar de extender la cantidad de vida sino también que esta debe estar íntimamente relacionada con la calidad de vida.

## **2. Calidad de vida**

El término calidad de vida (cv) se utilizó por primera vez en los Estados después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. Su uso extendido comienza a partir de la década del 60 del pasado siglo, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV, recolectan información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda (Ribot Reyes, Leyva Villafaña, y Moncada Menéndez 2016, 217)

Se puede decir que la calidad de vida ha ido evolucionando con el pasar del tiempo, en ésta influye la situación geográfica, climática, económica y social de las naciones. La evaluación de la calidad de vida identifica la condición de vida del ser humano, con la finalidad de conocer su percepción y satisfacción consigo mismo, esta evaluación también ha evolucionado, en la actualidad, ésta gira en torno a aspectos de educación, salud, situación económica, situación familiar, vivienda, estado mental, estado de ánimo, política y además se ha visto la importancia de su determinación en el mundo de los servicios. (Dueñas González et al. 2009).

La calidad de vida es la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro,

que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno (Cardona and Argudelo 2005, 85)

Como se mencionó, la calidad de vida en su concepción multidimensional incluye al estilo de vida, vivienda, satisfacción en el área escolar y laboral y la situación económica, para en conjunto definir la sensación de bienestar que puede presentar una persona o grupo según sus percepciones.

Entre las variables actuales más sobresalientes como determinantes de la percepción de la calidad del adulto mayor se encuentran:

- Salud y epidemiología del adulto mayor
- Condiciones socioeconómicas
- Empleo y jubilación
- Dependencia
- Apoyo familiar
- Cuidados institucionales

En una investigación realizada en adultos mayores en Irlanda, se encontró que el incremento de la percepción de una “buena” calidad de vida se vio asociada con la longevidad, siempre que los adultos mayores estuvieran en condiciones razonables de salud mental y física y que cuenten con una participación activa en eventos sociales y mantengan relaciones sociales adecuadas y de calidad. Además, el estudio reveló que, a pesar de atravesar por complicaciones físicas de salud, la calidad de vida no se veía afectada en su percepción si los adultos mayores encontraban valores y disfrute espirituales en otras dimensiones de la vida. El componente evaluado “sentido de la vida”, se considera como una variable que analiza la calidad de vida de los adultos mayores ante eventos estresantes y su aplicación en herramientas de levantamiento de información de calidad de vida ha demostrado que el componente psicológico puede tener más “peso” que el estado de salud de los adultos mayores per se, situación que ha logrado demostrar las herramientas actuales utilizadas para este fin, algunas de las cuales hoy en día incluyen componentes afectivos, rasgos de personalidad, apoyo familiar, social, económico, concepción de la felicidad y satisfacción con la vida (Sánchez Padilla et al. 2014).

Aunque muchas veces se relaciona únicamente el estado de salud de las personas con el nivel de calidad de vida, se debe entender que la percepción de

bienestar involucra más aspectos de la vida, estas variables en conjunto pueden generar un “diagnóstico” más acertado referente a la calidad de vida de las personas, cada una de ellas tiene la capacidad de aportar con sensación de bienestar y felicidad a la condición humana.

La medición de la calidad de vida ha constituido desde siempre uno de los retos más grandes para la humanidad, algunas de las herramientas más usadas son la escala FUMAT, WHOQoL – Bref, y el cuestionario de calidad de vida para ancianos, éstos constituyen algunos de los instrumentos más eficientes para medición de la calidad de vida del adulto mayor, estas herramientas utilizan cuestionarios tipo Likert que permite al cuestionario ser más amigable con el entrevistado.

El cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, WHOQoL – Bref, es un cuestionario de 26 preguntas que se centra en cuatro indicadores de la calidad de vida percibida por la persona, aportando a un perfil de la misma y dando una puntuación global de las áreas y facetas que la componen. Se aplica a la población en general. Los indicadores son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, cada respuesta reporta una puntuación según la elección del entrevistado, la puntuación oscila entre 1 y 5 puntos. Es un cuestionario utilizado con mayor frecuencia para levantamiento de información de tipo sanitario (Organización Mundial de la Salud 2018).

Este es el cuestionario más utilizado en estimaciones de la calidad de vida del adulto mayor ya que se considera un cuestionario de fácil aplicación y análisis, abarca los aspectos importantes que definen la calidad de vida de esta población y su interpretación no representa mucha complejidad.

## **2.1. Salud en el adulto mayor**

La Organización Mundial de la Salud afirma que para hablar de “salud”, se debe ir más allá del estado de ausencia de enfermedad del individuo, se debe contemplar las diferentes aristas que conforman el estado de bienestar integral del ser humano, estos son el bienestar físico, mental y social. Tomando en cuenta esta aseveración, se puede entender que un envejecimiento saludable no responde únicamente a la ausencia de enfermedades “propias de la edad” sino que este se verá conformado por diversos aspectos que permiten a este grupo de personas percibir un estado bienestar (Organización Mundial de la Salud 1948).

Para los adultos mayores, la salud está dada principalmente por componentes derivados de la condición física como son la ausencia de dolor y enfermedad,

autonomía y la funcionalidad, percepción dada principalmente por los efectos de la dependencia causada por las limitaciones propias de la edad y la concepción social de la vejez (de Lourdes Vargas-Santillán et al. 2017).

En la investigación realizada por Vargas, sobre el significado de salud para el adulto mayor, se logró construir tres categorías para enmarcar el concepto de salud de forma más clara y participativa, llegándose a delimitar los siguientes espacios:

- La salud como poder hacer
- La salud como “el estar bien con la familia
- La salud como ausencia de dolor y enfermedad (de Lourdes Vargas-Santillán et al. 2017).

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales, disponibilidad, suficiencia de establecimientos, bienes y servicios de salud, accesibilidad, referida a que los bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. Los mismos deberán tener calidad en consonancia con la ética médica, ser culturalmente apropiados, responder a las necesidades de la población y tomar en cuenta el género y la etapa de la vida en que se encuentra la persona (Rodríguez Cabrera et al. 2017, 3).

Se puede interpretar al estado de salud como el indicador determinante de la calidad de vida, del desarrollo social, familiar, económico y personal del ser humano, resulta indispensable pensar que el derecho a la salud es un derecho universal, por ende, cada país debe garantizar las condiciones sociales, económicas y de accesibilidad a servicios de salud que permitan a la población vivir “saludablemente”.

La concepción mundial de un envejecimiento saludable se ha ido guiando desde el año 2002, a través de normativas internacionales que se concentran en los siguientes documentos:

- Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento
- Envejecimiento activo, desarrollado por la OMS

El plan de acción internacional de Madrid, sobre el envejecimiento, hace énfasis en tres ejes del adulto mayor: su desarrollo, salud y bienestar y los espacios adecuados para ellos.

Por otra parte, el envejecimiento activo, resalta la importancia de tomar en cuenta los aspectos que resultan ser transversales en los adultos mayores, estos son: aspectos económicos, conductuales, personales, sociales, áreas físicas y de salud (Organización Mundial de la Salud 2002).



La calidad de vida en relación a la salud involucra la auto percepción del adulto mayor con respecto a su condición física y funcional principalmente, en la actualidad existen diversos instrumentos de medición del estado de salud del adulto mayor, los diversos estudios científicos que los originaron pueden validar los resultados obtenidos en su aplicación y generación de diagnósticos.

La calidad de vida en el adulto mayor debe estar íntimamente relacionada con la esperanza de vida, de no darse esta condición, aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que se puede entender que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad (Dueñas González et al. 2009).

Las enfermedades presentes en los adultos mayores y los diversos riesgos que involucra su condición son los principales delimitantes de la calidad de vida de los adultos mayores, de estas depende el grado de independencia en cuanto a actividades de la vida diaria, la sensación de bienestar e influye en el aspecto psicosocial del mismo.

Se debe considerar de manera muy específica el envejecimiento del individuo asociado al avance de la edad, la cual es responsable de cambios morfológicos y funcionales en todos los órganos y tejidos de órganos glandulares. Con el pasar de los años, el ser humano puede manifestar ciertos problemas en el aparato locomotor, la piel, el sistema digestivo, respiratorio, inmunológico, nervioso, que de cierta manera son esperados al ser considerados cambios físicos propios de la edad, sin embargo, la situación de salud de este grupo puede verse claramente afectada de existir ciertas enfermedades crónicas no transmisibles como es el caso de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, y demás (Morales 2001).

Como se mencionó anteriormente, la vejez se caracteriza por un cúmulo de complicaciones de salud que suelen manifestarse en edades avanzadas y no suelen estar categorizadas dentro de las escalas de morbilidad a nivel mundial, estas complicaciones se denominan “síndromes geriátricos”, y al parecer son un indicador más certero sobre la predicción de vida del adulto mayor que las padece, entre estas complicaciones se encuentran las úlceras de presión, incontinencia urinaria, caídas y demencia senil. Sin embargo, exceptuando los países desarrollados, la medicina ha dejado de lado estudios sobre estas diversas problemáticas y la profesionalización específica de los cuidadores y personas del área de salud en temas geriátricos (Organización Mundial de la Salud 2015).

Situación que se corrobora por estudios realizados en el año 2002, en más de 130 países, en el que se revela la escasa formación de profesionales de la salud en especialidades de gerontología y geriatría, situación alarmante para la población cada vez más creciente de adultos mayores, a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud 2015).

La actividad física y buena nutrición, pueden tener efectos positivos en la salud y bienestar de los adultos mayores, sin embargo, los malos hábitos siguen siendo parte de la vida diaria de estos individuos con o sin antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles, situación que compromete aún más la calidad de vida del adulto mayor, ya que en general el sistema de salud escasamente cumple con las demandas sanitarias específicas de este grupo. Según estudios realizados a nivel mundial, se corrobora que las personas a cargo de los cuidados de los adultos mayores no suelen estar capacitados y que uno de cada diez personas de este grupo es víctima de maltrato, en sus diversas expresiones (Organización Mundial de la Salud 2015).

En un estudio realizado por María Rojas en el año 2007, sobre la asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor, se demostró que la habilidad de cuidado en las personas a cargo de los adultos mayores, se encuentra poco desarrollada y no tiene relación con el grado de dependencia que puede demostrar cada individuo y lo que complica aún más esta situación es que el estudio reflejó que con el pasar del tiempo el cuidador muestra tener menos paciencia (Martínez 2007).

Un componente que se debe tomar en cuenta en los adultos mayores, sobre todo en aquellos que se encuentran institucionalizados es la relación que viven día a día con sus cuidadores directos, una relación basada en el “abuso de la condición del adulto mayor” puede desencadenar procesos de depresión en el mismo, anulando así, su autopercepción personal, su sentido de vida y tranquilidad

## **2.2. Condiciones Socioeconómicas**

En un estudio sobre el adulto mayor, realizado por Cardona en el año 2006 en Medellín, se identificó que los aspectos de mayor preocupación para el adulto mayor se relacionan principalmente con su situación económica en un 35,5% del total de los encuestados, seguido por asuntos familiares en un 22,3% y preocupaciones relacionadas con la salud en un 19%. Lo que demuestra que la condición económica del adulto mayor es una preocupación constante para este grupo ya que

probablemente los gastos relacionados con el deterioro propio de la edad y los requerimientos específicos de las patologías desarrolladas como componente natural de su situación fisiológica, no logran ser cubiertos de manera adecuada (Cardona, Estrada, and Agudelo 2006).

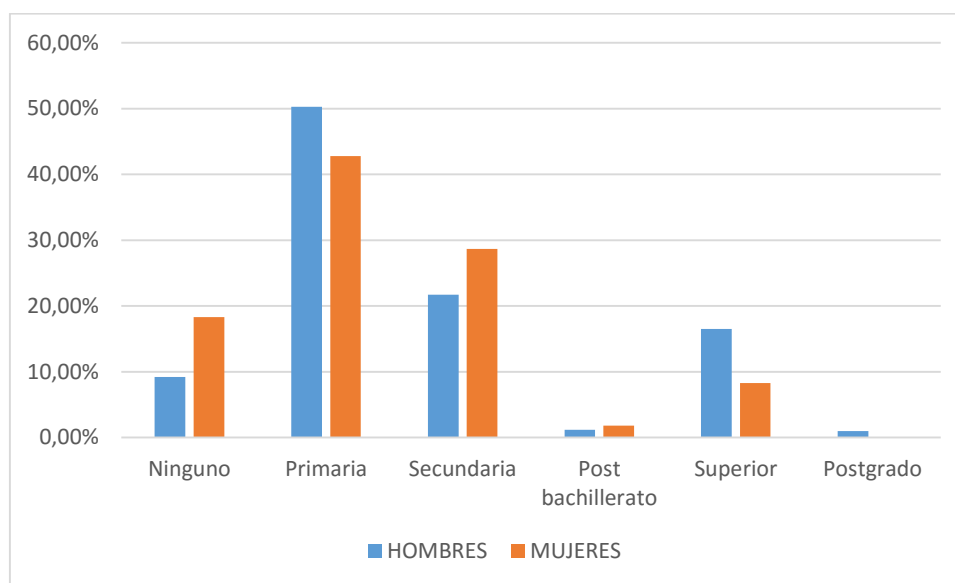
Se deben considerar las diferencias derivadas del género, mientras que el hombre adulto mayor fue el encargado de trabajar hace 20 años, ha demostrado tener una tasa de muerte más alta y temprana que la mujer, quién por condiciones de “género” se ha visto obligada a participar de actividades que generalmente involucraban quehaceres domésticos, hoy en día la mujer es el grupo que ha demostrado tener un acceso limitado de ingresos y servicios esenciales, viven más años y si enviudan o son abandonadas por sus familiares corren el riesgo de acelerar su deterioro físico y emocional, afectando así su calidad de vida (Cardona, Estrada, and Agudelo 2006).

Años atrás, la mujer se vio limitada al acceso a educación y al acceso laboral, por ende, la generación de recursos económicos para este grupo era limitado, dependían en un alto porcentaje de los recursos que los hombres llevaban al hogar, esta relación de género entorno al aspecto económico ha puesto en vulnerabilidad a las mujeres que pasaron por esa etapa y hoy son adultas mayores.

A través de algunos estudios, se ha determinado que el grado de escolaridad de los adultos mayores tiene una influencia marcada en su situación económica, cuando llegan a los 60 años, probablemente por la mejor oferta laboral a la que su nivel de estudios les permitió acceder, pueden gozar de una jubilación con ingresos económicos por encima de aquellos que no demostraron haber tenido un grado alto de escolaridad, además, este aspecto brinda mayor satisfacción personal, contribuyendo así, a mejorar la percepción de su calidad de vida (Dueñas González et al. 2009).

Según la encuesta condiciones de vida (ECV) 5ta ronda, se determinó que en la ciudad de Quito el 83,2% de los adultos mayores sabe leer y escribir, presentándose esta condición de alfabetismo en un mayor porcentaje en los hombres en relación a las mujeres. Se concluye que 8 de cada 10 adultos mayores de la ciudad de Quito sabe leer y escribir (Morales 2010).

Gráfico 1

**Porcentaje de adultos mayores, por sexo, según nivel de instrucción en Quito**

Fuente: INEC, ECV 5ta Ronda

Elaboración: Propia

En la gráfica anterior, se puede observar, en cuanto al nivel de instrucción que reportaron tener los adultos mayores en Quito que, el nivel de educación primaria es el que se encuentra en mayor porcentaje presente tanto hombres como en mujeres, sobresaliendo el grupo de los hombres, para todos los niveles subsiguientes se puede observar que las mujeres tienen el menor porcentaje y se demuestra que ninguna mujer adulta mayor realizó estudios de postgrado.

Según la Encuesta Condiciones de Vida (ECV) 5ta Ronda, se registraron hasta dos tipos de seguros, es decir la población adulto mayor está afiliada y /o cubierta al menos por un tipo de seguro con el 59,2% (Seguro privado e IESS con el 4,4%, solo seguro privado con el 3,7%, IESS y seguro ISSFA con el 1,5%, solo IESS con el 40,9% y solo seguro ISSFA con el 8,6%). Además, el mayor asegurador constituye el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), los adultos mayores que están afiliados y/o cubierto solo a este tipo de seguro son el 40,9% (Morales 2010, 16).

En cuanto a la seguridad económica que percibe un adulto mayor, se debe considerar los tipos de empleo y niveles de ingreso alcanzados no solamente años previos a su retiro sino años anteriores, ya que de estos dependerá la cobertura previsional o también entendidos como los ahorros que se deberán destinar al gasto en los años de la etapa de vejez (Bertranou 2001).

La jubilación, sin duda alguna, es un ingreso económico del adulto mayor que le permite satisfacer sus necesidades básicas, garantizando así, una condición de vida

adecuada para este grupo, se puede decir que el nivel de instrucción sumado al nivel económico y la satisfacción de sus logros profesionales que sus anteriores trabajos lograron dejarles a través del tiempo, inciden en su percepción de calidad de vida actual.

### **2.3. Dependencia**

La vejez se interpreta generalmente como una etapa de la vida en la que las personas comienzan a tener cambios físicos propios de la edad, por ende, se cree que el adulto mayor tiene afecciones “normales” en su funcionalidad e independencia, sin embargo, algunos autores consideran que a pesar de la edad avanzada y situaciones fisiológicas que van de la mano con la edad, se encuentran en la plenitud de sus facultades, las mismas que logran evidenciarse a través de su nivel de funcionalidad al realizar actividades de la vida diaria y puede enfrentar las demandas del ambiente, logrando desenvolverse de una forma autónoma (Durán, Orbegoz Valderrama, y Uribe Rodríguez 2009).

La medición de la salud en el adulto mayor, resulta complejo en la mayoría de las situaciones ya que para obtener un diagnóstico certero se deberían tomar en cuenta la relación constante de cada una de los aspectos de vida del adulto mayor, principalmente concentrados en variables biológicas, psicológicas y sociales, por lo que se ha llegado a la conclusión de que una medición más exacta sobre la condición de salud del adulto mayor se debe basar en la “funcionalidad” del mismo en términos de autonomía (Méndez 2010).

A medida que aumentan la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, o sea, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias, y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. (Cardona, Estrada, y Agudelo 2006, 207)

La pérdida de funciones físicas o intelectuales, o ambas, generalmente influye en los roles y actividades sociales de la persona, cuando estas pérdidas comienzan a aparecer en el adulto mayor, estos empiezan a demandar una mayor asistencia, aumentado así, su nivel de dependencia, esta situación puede generar sentimientos de tristeza, frustración y depresión por la pérdida de su autonomía, lo que impacta en la interacción social y disminuye la percepción de la calidad de vida del individuo (Durán, Orbegoz Valderrama, and Uribe Rodríguez 2009).

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales (Organización Mundial de la Salud 2014).

Se puede entender que el nivel de dependencia del adulto mayor en términos de capacidad de realización de las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria influyen directamente en la percepción de autonomía del individuo, lo que afecta directamente en su calidad de vida, por lo que considerar esta variable resulta necesaria al momento de evaluar el estado de salud y bienestar del adulto mayor.

#### **2.4. Apoyo familiar**

En un estudio realizado en Medellín, sobre la calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín, se determinó que, el 42,9% de adultos mayores participan de la toma de decisiones importantes para el hogar donde habita, ocasionalmente solicitan su opinión o requieren de su participación en un 22,3%, esporádicamente a veces requieren de su participación 19,2% y nunca son invitados a participar en la toma de decisiones familiares 9,3%, evidenciando así, que el 57% de los adultos mayores en la toma de decisiones como un miembro activo de la familia. El estudio relacionó estas estadísticas con la percepción de calidad de vida de los encuestados (Cardona, Estrada, and Agudelo 2006, 212).

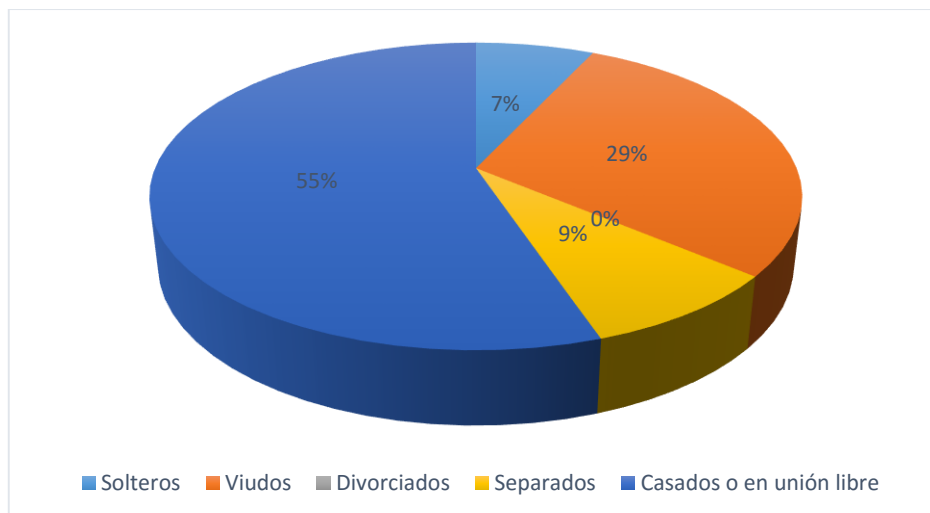
En una investigación realizada en Cuba, se determinó que la calidad de vida del adulto mayor puede ser afectada por su estado civil, los adultos mayores con pareja demostraron tener una mejor calidad de vida en relación a los que se encontraban solteros, divorciados o viudos, lo que denota la importancia de las relaciones conyugales en esa etapa de la vida, concluyendo que la relación de pareja en esa edad puede fortalecer la relación afectiva de la pareja al mantener una relación de apoyo tanto físico como mental y espiritual. La investigación además reveló que la pérdida de la pareja puede generar situaciones de tristeza, depresión y falta de sentido de vida, afectando considerablemente la calidad de vida del adulto mayor (Dueñas González et al. 2009).

En el último Censo realizado en el Ecuador en el año 2010, el estado civil demostró ser un indicador estadístico de longevidad en los adultos mayores casados o en unión libre en relación a los adultos mayores solteros, viudos o divorciados. Los porcentajes más altos este indicador corresponde a “casados o en unión libre” con el

55,2%, lo que permite concluir que 6 de cada 10 adultos mayores son casados o se encuentran en unión libre (Morales 2010).

Gráfico 2

**Porcentaje de población adulto mayor, por estado civil**



Fuente: INEC, ECV 5ta Ronda

Elaboración: Propia

Una de las mayores preocupaciones sobre el cuidado adecuado del adulto mayor, es el maltrato al que este grupo se expone ya sea en el núcleo familiar o en la institución donde se encuentre como residente. “Las personas que componen la importante estructura familiar son, en ocasiones, heterogéneas; el adulto mayor ocupa un lugar junto con el resto de los miembros, quienes interactúan de las más disímiles maneras y no siempre con el adecuado control y conocimiento de este grupo y sus características biopsicosociales” (Aragón et al. 2016).

Desde siempre, se ha buscado que el adulto mayor permanezca en su núcleo familiar la mayor cantidad de tiempo posible, de hecho, la idea de institucionalizarlo en algunas culturas puede relacionarse con el abandono del adulto mayor, por lo que su cuidado se considera hasta la actualidad como parte fundamental de la estructura familiar, “los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos y son definidos como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad...” (Flores, Rivas, and Seguel 2012).

Los recursos familiares para entregar los cuidados se ven disminuidos; la persona que otorga los cuidados también de edad avanzada, porque mayoritariamente se trata del cónyuge y puede tener discapacidades que limitan el tipo de ayuda que puede proporcionar. Las familias son pequeñas por lo que hay menos tiempo para otorgar asistencia, la mayor cantidad de divorcios también ha debilitado los lazos familiares y puede disminuir la ayuda disponible cuando un padre se vuelve discapacitado y, también, los hijos de padres divorciados pueden tener menos recursos para comprometerse con el cuidado de sus padres ancianos. (Flores, Rivas, and Seguel 2012, 31)

Ahora, en cuanto al adulto mayor institucionalizado, el apoyo familiar, en el caso de los que cuentan con familiares responsables de su cuidado es esencial para la percepción de apoyo del adulto mayor. A pesar de contar con familiares, en la actualidad el ritmo de vida de cada uno de los miembros de la familia, delimita la calidad de la atención brindada a su cuidado, por lo que el enviarlos a residencias gerontológicas se ha convertido en una de las opciones más elegidas por los familiares.

Las relaciones sociales constituyen el corazón del funcionamiento social del anciano. Se refieren a la red de contactos y relaciones sociales del individuo. El apoyo social se puede entender entonces como el conjunto de apoyo económico, emocional e instrumental proporcionadas al anciano por parte de otras personas (...) el apoyo o soporte que recibe el anciano a través de la red social consta de dos componentes: redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias relacionadas con la familia, que sigue siendo la principal fuente de apoyo para los ancianos y la preferida por ellos y a la que acuden generalmente en primera instancia (...) en el grupo de redes de apoyo social se incluyen los vecinos, los amigos, parientes y grupos comunitarios. (Botero de Mejía and Pico Merchán 2007, 19)

El apoyo familiar es esencial en el adulto mayor, recurren a los miembros más cercanos cuando necesitan acompañamiento, ayuda económica o soporte emocional, sin embargo, en el caso de los adultos mayores institucionalizados o aquellos que no tienen familia, las redes sociales cercanas resultan ser indispensables en su percepción de bienestar, no solo por una situación emocional sino por el apoyo en situaciones de emergencia que podrían presentarse en el individuo.

## **2.5. Cuidados institucionales**

Como se mencionó anteriormente, los cuidadores tanto de tipo primario, es decir familiar a cargo del adulto mayor, como los cuidadores de instituciones prestadoras de cuidados geriátricos, en su mayoría no poseen conocimientos especializados sobre el manejo adecuado del adulto mayor. Situación que complica el bienestar y calidad de vida de este grupo ya que probablemente no reciben las atenciones necesarias en aspectos básicos de su vida diaria como es en el caso de su



aseo, alimentación, movilización, administración de medicamentos y demás. La falta de capacitación geriátrica además podría generar una situación de “maltrato” al adulto mayor al no saber sobre el trato y atención psicológica y emocional que este segmento de la población debe recibir.

En conclusión, lo anteriormente señalado nos indica que la calidad de vida se conceptualiza a través de un enfoque multidimensional que involucra diversos componentes que se consideran esenciales en el bienestar del ser humano, para el adulto mayor, este enfoque se basa no únicamente en la ausencia de enfermedad o dolor, sino que involucra aspectos de funcionalidad, autonomía, independencia, bienestar psicológico, presencia de apoyo familiar y redes sociales. Cada factor constituye un indicador que refleja la percepción de la calidad de vida de este grupo.



## **Capítulo dos**

### **Política pública dirigida al adulto mayor**

Considerar la calidad de vida de los adultos mayores en los procesos de decisión y gestión de políticas públicas en el Ecuador constituye en la actualidad un elemento importante dentro de los procesos de toma de decisiones de los lineamientos que comprenden la organización política y social del país. En este sentido, la participación de ellos y tenerlos en cuenta como beneficiarios directos, se entiende como un complemento de las dimensiones democráticas que traen consigo normas y proyecciones ajustadas a sus realidades sociales y a su vez a las especificidades que requiere cada grupo de ellos dentro de un contexto determinado.

#### **1. Constitución de la República del Ecuador**

El principal recurso legislativo que defiende los intereses de los adultos mayores en el Ecuador es la Constitución de la República, la cual constituye una directriz política de referencia ineludible en la formulación de política y programas de índole público. De acuerdo con uno de sus postulados en el capítulo tercero, de los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, sección primera, sobre las adultas y adultos mayores, se especifica que, “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los 65 años de edad” (Constitución de la República del Ecuador 2008).

Este artículo ratifica la importancia de la especialización del personal o familiar que se encuentre a cargo del adulto mayor, resalta el derecho que tiene este grupo de recibir tratos adecuados a su edad y condiciones; y sobre todo las garantías necesarias para que el adulto mayor no sea víctima de violencia ya sea en el núcleo familiar como los hogares gerontológicos donde residan.

En el mismo capítulo, el artículo 37, establece la importancia de la participación de los adultos mayores en el diseño de las políticas dirigidas a satisfacer sus necesidades especiales, a través del enunciado: “El Estado establecerá política pública y programas de atención a las personas adultas mayores (...), fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas (Constitución de la República del Ecuador 2008).

En relación a los derechos civiles, específicamente en el art. 23. Se define que:

Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar, en especial, la violencia contra los niños, adolescentes, las mujeres y personas de la tercera edad (Constitución de la República del Ecuador 2008).

De acuerdo con el artículo referido, el Estado dispondrá los mecanismos y estrategias requeridas para suprimir cualquier manifestación de violencia que intente agredir la integridad física o psíquica de los adultos mayores. Lo cual represente un principio de protección reglamentado que regula los códigos de conducta tanto de los familiares, como los cuidadores y sociedad en general. Esto representa una garantía legal de cuidado que las instancias de gobierno obligan a implementar sobre los diversos actores, estructuras y procesos que a nivel social están relacionados con las personas de la tercera edad.

Por otra parte, en el capítulo 4, relacionado con los derechos económicos, sociales y culturales, en su sección quinta referente a los grupos vulnerables, se expresa en el art. 47, las siguientes directrices:

En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos (Constitución de la República del Ecuador 2008).

El presente artículo refiere la contemplación de la tercera edad como un grupo vulnerable dentro del tejido social, lo cual ofrece un estatus de prioridad y preferencia en los diversos escenarios que componen las dinámicas sociales. De igual manera la presente legislación determina máxima prioridad de atención y cuidado de estos grupos en los contextos adversos relacionados con situaciones emergentes que pongan en riesgo su adecuado estado de salud.

Por otra parte, el art. 54, enfatiza aspectos que también resultan esenciales para el resguardo de los derechos de los adultos mayores al enfatizar:

El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios. El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental (Constitución de la República del Ecuador 2008).

Las presentes disposiciones evidencian que las principales necesidades básicas de seguridad son proporcionadas desde las instancias estatales para ofrecer las alternativas y mecanismos que permitan una asistencia gratuita de los servicios básicos relacionados con la salud. Asimismo, en el artículo se corrobora el mandato de cumplimiento de un ambiente de bienestar y calidad de vida adecuada que permita la estabilidad de estos grupos desde las diversas estructuras y procesos que poseen implicación con los mismos.

En cuanto a la normativa que rige los aspectos de salud del adulto mayor en el Ecuador, se debe señalar la importancia del artículo 32, del capítulo segundo como referencia a los derechos del buen vivir, sección séptima, del componente salud, en el que se menciona que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la inseguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (Constitución de la República del Ecuador 2008).

A través de este artículo se reconoce la importancia de las diferentes variables que interactúan en el ser humano para definir su percepción de bienestar, calidad de vida y por ende situación de salud. Componentes que en los adultos mayores resultan críticos al momento de definir su nivel de funcionalidad y posteriormente su esperanza de vida. Este artículo se ve complementado por el artículo 13, del capítulo segundo, con referencia a los derechos del buen vivir, sección primera, agua y alimentación, en donde se afirma que, “Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos, preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales”. (Constitución de la República del Ecuador 2008)

En este artículo se puede observar el énfasis que realiza el Estado a la soberanía alimentaria, y el reconocimiento que manifiesta a la alimentación con enfoque de respeto a las culturas y tradiciones del pueblo ecuatoriano. Componente importante al momento de garantizar la alimentación saludable en el adulto mayor, que sin duda alguna tiene impacto en la percepción de su calidad de vida.

Finalmente, el artículo que influye directamente en el bienestar del adulto mayor, es el 13, del capítulo segundo, con referencia a los derechos del buen vivir,

sección sexta, hábitat y vivienda, en el que se señala que, “Las personas tienen derecho a un hábitat seguro y saludable, y a una vivienda adecuada y digna, con independencia de su situación social y económica” (Constitución de la República del Ecuador 2008).

El artículo enfatiza la importancia de garantizar las condiciones adecuadas de vivienda para las personas, situación que debe verse potenciada aún más en los adultos mayores, los mismos que por su situación económica en muchas ocasiones no puede acceder a viviendas dignas y de tener acceso, la vivienda debería contar con las adecuaciones necesarias adaptadas a su situación física y de dependencia para que este grupo pueda vivir adecuadamente.

En conjunto, todos artículos apuntan a garantizar el bienestar de la población, su alimentación, sus derechos de participación, su vivienda, atención adecuada y salud, entendiéndose así, que cada grupo tiene derechos que permitan mantener una calidad de vida adecuada según su concepción.

## **2. La ley del anciano**

La ley especial del anciano fue promulgada en el mes de octubre de 1999. En dicho recurso legal, en su segundo artículo se manifiesta: “el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, vivienda, asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa (Congreso Nacional 1991).

En este sentido, las instancias legales se instalan como mecanismos de regulación y control de las inseguridades ciudadanas que puedan afectar su integridad física, social y emocional. De esta manera, los gobiernos requieren buscar programas, proyectos, mecanismos y alternativas que beneficien las diversas esferas que comprenden o se relacionan con la vida social de los adultos mayores. En la gran mayoría de las veces, las leyes direccionadas a estos grupos, nacen de demandas nacionales que requieren revertir un aspecto incongruente de la realidad y que limita el desarrollo e interacción general de los mismos.

De acuerdo con las disposiciones del art. 3, se designan aspectos esenciales que se desarrollan a continuación:

El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a

la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos y otras actividades similares. (Congreso Nacional 1991)

Este aspecto resulta ser esencial para el presente estudio pues hace énfasis en la protección y apoyo estatal de los adultos mayores que enfrentan algún tipo de desprotección social. De esta manera el Estado releva su papel protagónico en el apoyo y funcionamiento de las instituciones que de una manera u otra ofrecen asistencia social u hospitalaria a estos grupos priorizados. Es así que el Estado legitima su mediación contributiva a todas aquellas estructuras ya sean públicas o privadas que intervienen en la defensa de las garantías y derechos de las personas adultas mayores.

Por otra parte, el art. 5 constituye otra de las directrices que desde la ley del anciano también provee resguardo a los adultos de la tercera edad: “Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales, culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.” (Congreso Nacional 1991)

El artículo anterior enfatiza la disposición de factibilidades que desde estructuras institucionales sociales, culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas deberán brindar a los adultos mayores. Esto provee un marco de accesos que estos grupos podrán tener como parte de las acciones que desde instancias gubernamentales han regulado para el disfrute y la inclusión. Por ende, dichas regulaciones resultan esenciales para promover un ambiente de respeto y reconocimiento de las necesidades individuales y colectivas que los adultos mayores poseen dentro de un contexto social.

Por otra parte, también la ley del anciano en su capítulo III relacionados con los servicios, refleja en su artículo 7 que “Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente ley, su reglamento y código de la salud” (Asamblea Nacional 2000, 4).

En este artículo se contempla la regulación estatal de ubicar en todos los centros médicos públicos y privados un área de atención geriátrica y gerontológica, como mecanismo para la atención médica ya sea por emergencia o tratamiento continuo. De esta manera la ley legitima la obligación de acciones de prevención,

diagnóstico y tratamiento en favor del óptimo estado de salud que requieren los adultos mayores a partir de las atenciones que requieren recibir de los centros de asistencia médica.

Por otra parte, el artículo 10, refiere otros puntos de análisis de la temática al referir que:

Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales. Para el cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Bienestar Social, facilitará la infraestructura necesaria. Los ancianos abandonados recibirán ayuda obligatoria en los hogares de protección estatal, mientras se resuelva la pensión de alimentos y si no fuere posible determinar familiares que asuman la pensión alimenticia, éstos continuarán en los referidos hogares de protección (Congreso Nacional 1991).

El presente artículo resalta la importancia de atención de los adultos mayores en condiciones de indigencia o abandono en instituciones encargadas de su cuidado. Estas disposiciones abarcan la atención de estos grupos de acuerdo a sus necesidades más diversas y patologías con necesidad de tratamientos específicos. De esta manera los hogares constituyen sitios de asistencia, protección y ayuda que requieren potenciar un ambiente favorable para el bienestar de los adultos mayores.

En el artículo 13, se resalta que de igual manera la atención farmacológica a estos grupos se debe ver priorizada por las instancias legales:

Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico, que no se produjeren en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de los ancianos, previa autorización de los ministerios de Bienestar Social y Salud Pública (Congreso Nacional 1991).

Este aspecto resulta ser fundamental en la atención y tratamiento de las patologías crónicas que enfrentan algunos de los adultos mayores. De esta manera, se impulsa la gestión farmacológica como garantía de asistencia de salud a los diversos pacientes adultos mayores en estados de necesidad de algún medicamento específico. Por otra parte, esto garantiza el análisis de las demandas de los medicamentos que mayormente se requieren en las patologías que enfrentan los pacientes adultos mayores y su adecuada y emergente gestión en las diversas instancias de distribución ya sean nacionales o internacionales.

Por otro lado, la ley ampara la rebaja del 50 % de las tarifas aéreas y terrestres, y en las entradas a los espectáculos públicos, culturales, artísticos, deportivos y recreacionales. Asimismo, autoriza exoneraciones fiscales, provinciales



y municipales a aquellos cuyo ingreso no exceda los 10 salarios mínimos vitales o su patrimonio los 1000 (Congreso Nacional 1991).

Tenerlos como beneficiarios directos de acciones de atención desde los marcos regulatorios, permite enfocarse directamente en buscar conciliaciones que proporcionen un protagonismo a las individualidades y colectividades de ellos de forma tal que sus derechos puedan ser cumplidos sin vulnerar la garantía y seguridad. Es así que, tenerlos en cuenta resulta ser un catalizador de los estados de satisfacción y la seguridad ciudadana en tanto que a partir de ella se proporcionan diálogos paralelos y alternativas de cuidado que apuestan por crear espacios estables y seguros que beneficien la totalidad de las personas en esta etapa de la vida (Hemida 2017).

Por otra parte, se resaltan otras políticas públicas que toman en cuenta sus intereses y necesidades teniendo en cuenta la gestión de la seguridad en sus diversas aristas desde las contribuciones de ser beneficiarios directos, ello permite fomentar principios democráticos de atención que proporcionen escenarios de bienestar y perspectivas de vida de mayor garantía y seguridad en las diversas estructuras y procesos que incluyan a estos grupos.

### **3. Norma técnica para población del adulto mayor. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)**

La norma técnica reglamentada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), dirigida a la población adulta mayor en el Ecuador, trabaja desde una orientación de derechos que percibe el envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable. Desde el trabajo que realiza este ministerio se delinearán tres ejes de política pública que benefician al adulto mayor:

Protección social, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social; Atención y cuidado, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, de administración directa, o gestionados por convenios de cooperación; Inclusión y participación social, considerando a los adultos mayores como actores del cambio social (Dirección Población Adulta Mayor 2013).

Una de las directrices políticas que se regulan desde el Ministerio de Inclusión Económica y Social está relacionada con los centros gerontológicos residenciales, los cuales constituyen servicios de admisión para el cuidado y la atención de adultos mayores de 65 años o más que demandan amparo especial de manera transitoria o definitiva, que no pueden ser atendidos por sus familiares. Asimismo, incluye personas adultas mayores que necesiten de un lugar donde morar

de modo permanente, que se encuentran en entorno de abandono, falta de referentes familiares, indigencia y penuria extrema, en situaciones de alta vulnerabilidad y que muestren su voluntad de insertarse en este medio.

Las principales líneas de proyección ministerial de garantía de los cuidados de estos grupos han estado asociadas con mejorar la calidad de vida a través de la restitución de los derechos de las personas adultas mayores, por medio de una atención integral, que implemente acciones tendientes a fortalecer el goce de su bienestar físico, social y mental (Dirección Población Adulta Mayor 2013).

Por otra parte, desde esta instancia ministerial se han legitimado algunos estándares de calidad en función de los escenarios determinados para la población adulta mayor, de esta manera se definen los siguientes como los de mayor importancia para el bienestar del adulto mayor:

1. Familia, comunidad y redes sociales
2. Procesos socio - educativos
3. Salud preventiva, alimentación y nutrición
4. Talento humano
5. Ambientes seguros y protectores.
6. Administración y gestión (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014).

De acuerdo con el estándar de calidad relacionado con la familia, comunidad y redes sociales se comprende aquellas acciones que promueven el afecto, las atenciones personalizadas, la interacción proactiva del núcleo familiar, la ayuda en programaciones sociales, culturales, en dinámicas de sustento de las instituciones de atención, como modos y alternativas que gestionan la corresponsabilidad tanto de la familia como de los contextos comunitarios y que de igual manera ayudan a reducir el abandono de los adultos mayores. La promoción del compromiso de inserción también incumbe al personal administrativo del centro, para establecer un ambiente afectuoso compensatorio para los adultos mayores en este período de su vida.

Dentro de este componente se requiere tener en cuenta los siguientes aspectos que permiten medir el estándar de calidad descrito anteriormente:

- Espacios formativos para la comunidad
- Recuperación de conocimientos y saberes
- Pacto de convivencia y acuerdos sobre el cuidado
- Coordinación interinstitucional

- Derecho a la identidad
- Participación
- Formación de redes sociales, comunitarias e interinstitucionales (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014).

De acuerdo con el estándar de calidad relacionado con los procesos socio-educativos se puede referir que una serie de acciones, interacciones e intercambios se deben promover en el proceso de enseñanza- aprendizaje, en las diversas dimensiones de la vida común. En este sentido todo centro de cuidado y atención de adultos mayores requieren crear oportunidades que permitan que los adultos mayores puedan apropiarse de los aprendizajes que promuevan su desempeño básico en la vida diaria a partir de habilidades, destrezas, hábitos, actitudes y valores. Considerando esto, los indicadores que se tienen en cuenta se relacionan con los aspectos siguientes:

- Proyecto socio-educativo
- Promoción y práctica del auto-cuidado
- Orientaciones para la prevención del deterioro cognitivo y físico
- Alfabetización para adultos mayores
- Otros criterios pedagógicos
- Monitoreo y seguimiento del proceso socio-educativo (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014).

En el caso de las principales directrices que se delinearán para salvaguardar la salud preventiva, alimentación y nutrición, el Ministerio de Inclusión Económica y Social enfatiza un conjunto de directrices que resultan esenciales para la preservación de un estado adecuado de los indicadores de la salud a partir de sus diversos componentes. De esta manera, el cumplimiento de este estándar está relacionado con las siguientes situaciones:

- Actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición
- Organización de procesos en alimentos
- Elaboración de menús
- Preparación de alimentos
- Horarios de alimentación
- Adaptación de la alimentación
- Orientaciones para la salud

- Orientaciones para personas con discapacidad moderada y enfermedades prevalentes
- Medicamentos
- Planes de saneamiento (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014).

Otro de los estándares de calidad que se encuentra legitimado dentro de la política de cumplimiento implementada por el MIES y dirigida a la atención del adulto mayor está relacionado con el talento humano de los centros gerontológicos residenciales. En esta categoría se considera la normativa que debe adoptarse en la contratación y constitución de los colectivos laborales que administrativamente y directamente trabajan con estos grupos priorizados. En ese sentido se delinear algunos de los indicadores asociados que deben respetarse dentro de este aspecto:

- Características del talento humano para centros gerontológicos residenciales y diurnos
- Gestión del personal
- Características de talento humano en los espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro
- Características de talento humano para atención domiciliaria (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014).

El estándar de los ambientes seguros y protectores de los espacios de convivencia y desarrollo de los adultos mayores requieren condiciones específicas que se adapten a sus características físicas y psíquicas. Motivo por el cual existen un conjunto de parámetros que deben ser respetados como parte de la infraestructura adecuada que respete la diversidad y singularidad que estos grupos requieren para su vida normal. Partiendo de estos elementos que resultan de vital importancia, se resaltan los principales indicadores que se requieren tener en cuenta para una adecuada estructura de los ambientes de los centros gerontológicos residenciales:

- Características físicas de los centros gerontológicos residenciales y diurnos
- Características físicas del servicio de espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro para personas adultas mayores
- Características de la atención domiciliaria
- Espacio físico y equipamiento en centros residenciales
- Espacio físico y equipamiento de los espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro

- Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros gerontológicos residenciales y espacios alternativos (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014).

Como aspecto final dentro de la Norma Técnica reglamentada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) dirigida a la población adulta mayor en el Ecuador, se resalta el estándar de calidad, relacionado con administración y gestión. Este aspecto en ocasiones carece de relevancia para los centros de cuidado del adulto mayor, lo cual influye en otros estándares, como por ejemplo en el de salud, por lo cual resulta elemental tener en cuenta para su cumplimentación los siguientes referentes:

- Optimización de recursos
- Registro, expedientes y documentación
- Obligación de los centros
- Permiso de funcionamiento
- Información y confidencialidad
- Integración de adultos mayores beneficiarios de la pensión no contributiva (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014).

En el contexto ecuatoriano se han proporcionado mecanismos para impulsar alternativas de mejoramiento de la vida de los adultos mayores. Las principales perspectivas hacían énfasis en prioridades que desde los referentes políticos fomenten la instrucción de una cultura alimentaria adecuada a las condiciones de cada individuo, una sexualidad sana, el suministro de residencia y condiciones adecuadas de vida familiar ya fuera en instituciones de salud en estado de dependencia o de manera autónoma. También se requiere potenciar los beneficios que posee la actividad física, las modalidades de educación, así como eventos, espacios e instituciones de distracción que promueven el desarrollo de acciones lúdicas y de excursiones a fin de socializar e intercambiar entre grupos sobre los temas y necesidades que se denotan entre ellos mismos (Hemida 2017, 2).

De acuerdo con las principales necesidades que poseen los adultos mayores que pueden constituirse como directrices para la gestión de políticas públicas, la autora Alemán (2013) menciona las siguientes:

- 1) Provisión de un excelente sistema de salud que tome en cuenta sus particularidades.
- 2) Prevenir las inseguridades de necesidad, más aún en ancianos con edades avanzadas.

- 3) Mantenimiento de un sistema de retribuciones monetarias que permitan satisfacer sus necesidades básicas de vida del momento, como principal medio para evitar su decadencia física, y psíquica.
- 4) Proporcionar alternativas de trabajo para aquellos que lo desean.
- 5) Institución y sostenimiento de servicios y productos sociales que complementen las necesidades que demandan las individualidades, ya sean adultos mayores autónomos o dependientes. (Aleman 2013, 99)

Desde el análisis de los referentes anteriores, resulta elemental enfatizar que las políticas públicas direccionadas a la tercera edad requieren promover acciones de entretenimiento y desarrollo individual para las personas mayores, y acentuar la contribución que propician al bienestar social, tanto para integrantes el núcleo familiar, como para su participación en diversos programas y proyectos de carácter social, a través de la inclusión de la interacción participativa y directa de asociaciones, o la fundación de entidades compuestas por mayores que intentan transformar su experiencia en sustento para las decisiones y proyecciones de las generaciones más jóvenes.

De una manera u otra es evidente que los derechos de las personas mayores han captado la atención de las instancias gubernamentales y desde hace varios años esta inquietud se ha revertido en la institución de marcos legales de amparo. No obstante, existe una notable problemática que se manifiesta en carencias en la actuación eficaz de estos derechos y en el contexto actual gran parte de la población anciana se encuentra limitada de accesos a tributos de seguridad social, servicios de salud o básicos que requieren en los casos más diversos. En la casi totalidad de los ejemplos, esta debilidad no reside en la edad, sino en una extendida precariedad de los mecanismos de amparo determinados por los Estados.

De una u otra manera cuando se analizan las perspectivas que se han tejido entorno a esta problemática se precisan las consideraciones del autor Medina al enfatizar aspectos medulares como los siguientes:

Desde otras aristas, el asunto de la atención gubernamental de los adultos mayores es una manifestación de evidente diferencia en relación a los presupuestos de ingreso que proporciona un insuficiente comedimiento de las necesidades de este grupo social como una cuestión de política pública, como una derivación de la enraizada idea de que las dificultades de la ancianidad son de disposición personal y no objeto de protección colectiva (Medina 2000, 36).

Los derechos de la ancianidad, no obstante, no han sido estandarizados desde una herramienta integral de vinculación como sucede con otros grupos sociales de interés como las mujeres, niños e individuos con discapacidad. De esta manera, la

legislación y perspectivas de las juntas de los tratados internacionales requieren una significativa ocupación a fin de evolucionar en la comprensión de los derechos más generales que comprenden a la vejez. Los estatutos legislativos y las políticas acerca de la ancianidad requieren suscitar y resguardar los derechos y autonomías esenciales en la longevidad.

Para que se definan, se demanda que las instancias políticas instituyan los medios y los recursos con que se efectivizarán, como la legislación de derechos, la creación de leyes específicas de ayuda y las políticas o procedimientos de operación para preservar los derechos de los adultos mayores. De esta manera, resulta ineludible establecer un financiamiento que cubra las particularidades reglamentarias y políticas a las que un Estado se debe.

En correspondencia con los preceptos analizados anteriormente, se sintetizan algunos postulados del autor Vázquez (2004) en los cuales se mencionan algunos aspectos medulares de la temática:

Existen tres postulados cardinales para que la dimensión operativa sea eficaz: la no exclusión, la progresividad y la participación. En correspondencia con diferentes herramientas mundiales de derechos humanos, se concebirá por distinción de las personas mayores “cualquier segregación, excepción o limitación que estribe en la edad, que posea la consecuencia o intención de imposibilitar o invalidar el reconocimiento, satisfacción o desempeño de sus atribuciones humanas y libertades primordiales” (Vásquez 2004, 3).

En las constituciones del Brasil y el Ecuador, se identifican a las personas mayores como un grupo sensible, confiriéndole prioridad de atención, además de instituir la obligatoriedad de esta en caso de violencia doméstica. En las cartas constitucionales de Brasil, Ecuador y México se condena la diferenciación por edad en general, mientras que en las de Panamá, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela, se prohíbe la discriminación por edad en el ámbito laboral. Por último, el derecho a la participación e integración de las personas mayores a la vida de la comunidad es acogido expresamente en el caso colombiano y brasileño.

Teniendo en cuenta los elementos anteriormente referidos resulta esencial que en muchos de los casos, los países instituyan mecanismos públicos de atención a estas edades para preservar sus derechos y libertades como está normado a nivel internacional. La gran realidad del asunto es que resultan carentes los mecanismos de acercamiento a las necesidades sistemáticas de los mismos en tanto la perspectiva de acción se delinean en los procesos a partir de lineamientos nacionales, los cuales en ocasiones carecen de contextualización a las circunstancias que los adultos mayores

poseen en lugares determinados. Si bien es cierto que existe una normativa internacional para impulsar políticas en beneficios de estos grupos también resulta elemental enfatizar que no siempre se ajustan a las necesidades y contextos, en tanto se requieren mecanismos diagnósticos de identificación de prioridades y vulnerabilidades que valoren los riesgos y tratamientos que requieren estos individuos en latitudes diferentes.



## **Capítulo tres**

### **Análisis de la política pública del adulto mayor y percepción de calidad de vida en el Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré**

#### **1. Enfoque de la investigación**

El estudio que se presenta constituye una investigación descriptiva, ya que se parte de la valoración de las diversas aristas de los marcos regulatorios del Ecuador relacionados con la calidad de vida y el bienestar de las personas de la tercera edad. Para Posso (2011), “la investigación descriptiva permite decir cómo es o se manifiesta el objeto, fenómeno o problema motivo de estudio; son investigaciones o estudios que buscan especificar y/o particularizar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.” (Posso 2011).

#### **2. Modalidad de la investigación**

Para el desarrollo de esta investigación se determinó la necesidad de realizar un estudio diagnóstico, que permita identificar la situación actual del Hogar Santa Catalina Labouré en términos de cumplimiento de la normativa técnica del adulto mayor y a su vez describir la percepción de la calidad de vida del adulto mayor residente en dicha institución. Este tipo de estudio según Posso (2011), “permiten recoger información sobre antecedentes, infraestructura y condiciones de servicios, equipamiento inmobiliario, materiales, distribución del espacio, población (...), coordinación institucional”.

#### **3. Herramienta de la investigación**

Para identificar la calidad de vida de los adultos mayores se utilizará como herramienta de investigación un cuestionario con respuestas tipo *Likert* con 5 opciones de respuesta denominado *WHOQoL-BREF* (Anexo 1), el mismo que está conformado por 26 preguntas, de las cuales dos corresponden a la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y las preguntas restantes se agrupan en cuatro “tipos” de salud: física, psicológica, social y ambiente. Dado que no todos los participantes se encuentran en la capacidad de responder este cuestionario debido a su deterioro físico y pérdida de capacidades cognitivas se trabajará además en la recopilación de un diagnóstico unificado de todos los residentes, involucrando las historias clínicas de las áreas de medicina, nutrición, terapia ocupacional, terapia

física, psicología (Anexo 2) e incluirán los datos concernientes al apoyo familiar recibido por cada residente, su nivel de estudios y su situación económica actual.

Para el análisis de cumplimiento de la normativa técnica y su relación con la calidad de vida, se utilizará una encuesta para los profesionales del Hogar Santa Catalina Labouré (Anexo 3), una entrevista para la directora del gerontológico (Anexo 4) y fichas de observación para descripción de las características físicas y equipamiento de la institución (Anexo 5), basado en los ámbitos establecidos para la población de adultos mayores y sus estándares correspondientes:

1. Familia, comunidad y redes sociales
2. Procesos socio – educativos
3. Salud preventiva, alimentación y nutrición
4. Talento humano
5. Ambientes seguros y protectores
6. Administración y gestión

### 3.1. Matriz de investigación

Tabla 1

#### Matriz de investigación

PROBLEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	POBLACIÓN / MUESTRA
¿Cuál es la percepción del adulto mayor en el Hogar Santa Catalina Labouré respecto a su calidad de vida, de acuerdo a la gestión realizada en dicha institución durante el período de enero-julio de	Describir la percepción del adulto mayor en el Hogar Santa Catalina Labouré respecto a su calidad de vida.	Cuestionario <i>WHOQoL-BREF</i>	Adultos mayores residentes de HASCL	28 adultos mayores (18 mujeres; 10 hombres)
		Encuesta a profesionales del gerontológico	Profesionales de las áreas de trabajo ocupacional, terapia física, nutrición, psicología y trabajo social.	5 profesionales del gerontológico (total de profesionales)
		Entrevista a directora de gerontológico	Directora del gerontológico HASCL	Directora del gerontológico HASCL

2017?				
		Análisis de contenido de historias clínicas	Historias clínicas de adultos mayores	61 historias de adultos mayores (39 mujeres y 22 hombres)
		Observación de campo	Fichas de observación	Infraestructura del gerontológico

Fuente y elaboración propia

Tabla 2

**Estándares de calidad para cada ámbito**

ÁMBITOS	ESTÁNDARES
Familia, comunidad y redes sociales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integración familiar y comunitaria</li> <li>2. Espacios formativos para la comunidad</li> <li>3. Recuperación de conocimientos y saberes</li> <li>4. Pacto de convivencia y acuerdos sobre el cuidado</li> <li>5. Coordinación interinstitucional</li> <li>6. Derecho a la identidad</li> <li>7. Participación</li> <li>8. Formación de redes sociales, comunitarias e interinstitucionales</li> </ol>
Procesos socio – educativos	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Proyecto socio-educativo</li> <li>10. Promoción y práctica del auto-cuidado</li> <li>11. Orientaciones para la prevención del deterioro cognitivo y físico</li> <li>12. Alfabetización para adultos mayores</li> </ol>

	<p>13. Otros criterios pedagógicos</p> <p>14. Monitoreo y seguimiento del proceso socio-educativo</p>
Salud preventiva, alimentación y nutrición	<p>15. Actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición</p> <p>16. Organización de procesos en alimentos</p> <p>17. Elaboración de menús</p> <p>18. Preparación de alimentos</p> <p>19. Requerimientos nutricionales en centros diurnos</p> <p>20. Horarios de alimentación</p> <p>21. Adaptación de la alimentación</p> <p>22. Articulación en territorio</p> <p>23. Registros de seguimiento</p> <p>24. Orientaciones para la salud</p> <p>25. Orientaciones para personas con discapacidad moderada y enfermedades prevalentes</p> <p>26. Medicamentos</p> <p>27. Planes de saneamiento</p>
Talento humano	<p>28. Características del talento humano para centros gerontológicos residenciales y diurnos</p> <p>29. Gestión del personal</p> <p>30. Características de talento humano en los espacios alternativos, recreación, socialización y encuentro.</p>
Ambientes seguros y protectores	<p>31. Características físicas de los centros gerontológicos residenciales y diurnos</p>

	<p>32. Características físicas del servicio de espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro para personas adultas mayores</p> <p>33. Espacio físico y equipamiento, en centros residenciales y diurnos</p> <p>34. Espacio físico de los espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro</p> <p>35. Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros gerontológicos residenciales, diurnos y espacios alternativos</p>
Administración y gestión	<p>36. Mejoramiento de la calidad</p> <p>37. Optimización de recursos</p> <p>38. Registro, expedientes y documentación</p> <p>39. Obligación de los centros</p> <p>40. Permiso de funcionamiento</p>

Fuente: Normativa técnica población adulta mayor, 2014

Elaboración: Propia

#### 4. Objeto de estudio

Para la aplicación del estudio se tomó como espacio geográfico las instalaciones del Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, localizado en el sector de la Recoleta. Esta institución ofrece vivienda, alimentación y cuidados profesionales a adultos mayores, algunos de ellos perciben una mensualidad de jubilación, montepío o de familiares cercanos, en su mayoría los residentes de esta institución son adultos mayores que no tienen familiares cercanos o se encuentran en situación de abandono, gran parte de este grupo no cuenta con recursos económicos para subsistir y por condiciones propias de la edad más las complicaciones de sus carencias económicas se encuentran en dependencia física y mental, por lo que esta institución es catalogada por el Estado como un centro gerontológico residencial ya que “brinda servicios de acogida para la atención y cuidado a personas adultas

mayores de 65 años o más (...) que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente, que se encuentren en situación de abandono, falta de referentes familiares, pobreza (...) y que manifiesten su voluntad de ingresar” (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2014). Sus modalidades de atención, por las características de la prestación de sus servicios, es “bajo convenio”, ya que el Ministerio de Inclusión Económica y Social suscribe convenios de cooperación con esta institución.

En cuanto a su oferta de atención, esta institución brinda a los adultos mayores los servicios de terapia física, terapia ocupacional, acompañamiento psicológico y nutricional, además cuentan con el área de enfermería, trabajo social y servicio de alimentación.

La investigación involucró a los 61 residentes de la institución, para la obtención de datos generales se utilizaron los diagnósticos generados por cada profesional de la institución y registrados en las Historias Clínicas de cada adulto mayor, estos datos fueron agrupados en las siguientes categorías de información:

- a) Identificación: nombres completos, número de cédula de ciudadanía, lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, edad, sexo, fecha de ingreso a la institución.
- b) Estructura familiar, social: estado civil, número de hijos, familiares a cargo.
- c) Aspectos socio-económicos: escolaridad, profesión, pensión por jubilación, montepío o ayuda económica familiar, motivos de institucionalización y análisis socioeconómico del área de trabajo social.
- d) Salud: acceso a instituciones de salud, diagnósticos médicos, medicamentos, diagnóstico de terapia ocupacional basados en la escala de Barthel (Anexo 6), la escala de Lawton y Brody (Anexo 7) y la escala de Katz (Anexo 8) diagnóstico nutricional utilizando la herramienta *Mini Nutritional Assessment* (Anexo 9), diagnóstico de terapia física obtenido a través de la escala de Tinetti (Anexo 10) y el diagnóstico de psicología obtenido a partir del test de depresión geriátrica “Escala de Yesavage” (Anexo 11).

Para la aplicación de la encuesta *WHOQoL-BREF*, se tomaron en cuenta a los adultos mayores que, bajo las consideraciones y diagnósticos del equipo de profesionales de la institución, se encontraban en condiciones físicas y mentales para

responder las preguntas de dicha encuesta, dando un total de 28 adultos mayores, de los cuales 18 fueron mujeres y 10 hombres.

La tabulación de los datos se realizó en Excel y el análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 1.2 para Windows.

#### **4.1.Muestra**

Al momento del estudio, en el centro gerontológico se encontraban 61 residentes adultos mayores, de los cuales 39 fueron mujeres y 22 fueron hombres, para la aplicación de la encuesta *WHOQoL-BREF* se tomó en cuenta los diagnósticos del área de terapia ocupacional y psicología, para determinar en conjunto con los profesionales de estas áreas y dichos diagnósticos los adultos mayores que se encontraban en la capacidad de responder al cuestionario, dando como resultado 28 adultos mayores, entre estos, 18 mujeres y 10 hombres. La encuesta se aplicó a cada uno, todos recibieron ayuda en la lectura y en la enmarcación de la respuesta seleccionada, cada encuesta duró aproximadamente entre 40 minutos y una hora.

Para el análisis de las Historias Clínicas y los diagnósticos de cada área encontrados en estas, se utilizó la información de todos los adultos mayores residentes, es decir, se utilizó la información de los 61 adultos mayores, con lo que se generó un archivo resumen que posteriormente permitió generar conclusiones sobre el estado de bienestar del grupo.

Para la aplicación de las encuestas, se trabajó con el total de profesionales de las diversas áreas que conforman la institución, es decir, se encuestó a los 5 profesionales que trabajaban en el gerontológico al momento del estudio. Los profesionales responden a las áreas de Nutrición, Psicología, Terapia Ocupacional, Terapia Física y Trabajo Social. Las encuestas fueron entregadas a cada profesional para que sean respondidas con objetividad, estas fueron retiradas 2 horas después para su posterior tabulación.

#### **5. Presentación de los resultados**

Como se explicó anteriormente, el estudio fue aplicado a 61 adultos mayores, de los cuales 28 pudieron tomar la encuesta *WHOQoL-BREF* para determinación de la percepción de su calidad de vida. Para el diagnóstico general de todos los adultos mayores en temas de salud, condiciones socioeconómicas, dependencia y apoyo familiar, entendidos como componentes claves de la calidad de vida, se utilizaron los diagnósticos obtenidos de las historias clínicas de cada uno de ellos. Esta

información permitió generar un análisis sobre la calidad de vida del adulto mayor en el centro gerontológico. Para análisis de cumplimiento de la política pública del adulto mayor en este centro, se utilizaron encuestas y fichas de observación anteriormente detalladas, derivadas de los estándares de calidad considerados en la normativa técnica del adulto mayor para residencias.

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de estas herramientas se analizaron para determinar la relación entre la calidad de vida de los adultos mayores y el cumplimiento de la normativa técnica en el Hogar Santa Catalina Labouré. A continuación, se presentan los resultados en el siguiente orden:

1. De las encuestas aplicadas a los profesionales y la entrevista realizada a la directora, se obtuvo los resultados para el cumplimiento de los diversos estándares de calidad determinados por la normativa técnica, detallados según cada criterio estipulado en la misma:
  - Familia, comunidad y redes sociales.
  - Cumplimiento de estándar de proceso socio – educativo.
  - Cumplimiento del estándar de salud preventiva, alimentación y nutrición.
2. Patologías con mayor presencia en el adulto mayor, resultado obtenido de las Historias Clínicas de los adultos mayores.
3. Número de medicamentos promedio consumidos por el adulto mayor, resultado obtenido de las Historias Clínicas de los adultos mayores.
4. Estado nutricional del adulto mayor, resultado obtenido del diagnóstico generado por el *Mini Nutritional Assessment* encontrado en las Historias Clínicas de los adultos mayores.
5. Evaluación funcional del adulto mayor, obtenido de las evaluaciones a partir de la Escala de Barthel, Escala de Lawton y Brody y la Escala de Katz encontrados en las Historias Clínicas de los adultos mayores.
6. Evaluación de la fragilidad del adulto mayor, obtenido a partir de la Escala de Tinetti, encontrada en las Historias Clínicas de los adultos mayores.
7. Conocimiento de la política pública del adulto mayor por parte del equipo técnico (profesionales), resultado obtenido a partir de la encuesta aplicada a los profesionales de la institución.

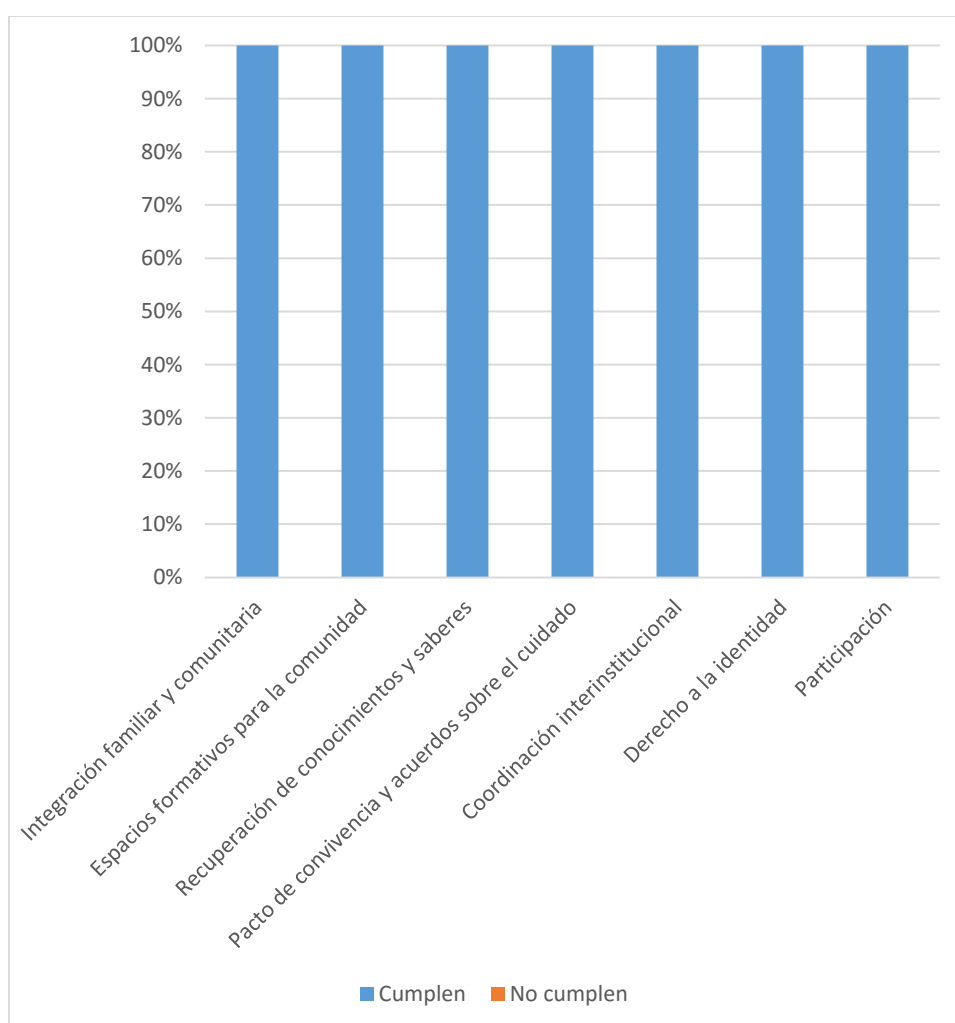


8. Características del talento humano, resultado obtenido a partir de la entrevista realizada a la directora de la institución.
9. Análisis económico del adulto mayor, a partir de la información generada por la trabajadora social, encontrada en la Historia Clínica.
10. Resultados de la aplicación de la encuesta *WHOQoL-BREF*.

### 5.1.Familia, comunidad y redes sociales

Gráfico 3

#### Encuesta aplicada a profesionales para verificación de cumplimiento de estándares de familia, comunidad y redes sociales



Fuente: Ficha de observación y encuesta aplicada a profesionales de la institución

Elaboración: Propia

En este estudio se consideró la realización o no de las distintas actividades catalogadas como elementos de cumplimiento de cada uno de sus componentes, los mismos que son: integración familiar y comunitaria, espacios formativos para la comunidad, recuperación de conocimientos y saberes, pacto de convivencia y

acuerdos sobre el cuidado, coordinación interinstitucional, derecho a la identidad y participación. En la normativa técnica no se especifica el tipo de actividades que ayudan a la construcción de cada uno de los componentes de este estándar por lo que los profesionales de la institución realizan las actividades respondiendo a su criterio y formación profesional.

La encuesta realizada a los profesionales (Anexo 3) permite conocer de forma superficial si se da o no cumplimiento a éste estándar de calidad. Como se puede observar, el gerontológico aparentemente genera actividades que permiten definir el cumplimiento de éste estándar como adecuado. En la entrevista realizada a Sor Cecilia Vargas, directora de la institución, se determinó que en la institución constantemente se realizan actividades, talleres y programas, coordinados principalmente por la supervisora de turno designada por el MIES, estas actividades tienen como objetivo general fomentar la unión familiar para aquellos que cuentan con familia, y fortalecer los lazos sociales en todo el grupo. Como se mencionó anteriormente, las actividades no se encuentran detalladas de manera específica en la normativa técnica por lo que no se puede obtener un análisis acertado del cumplimiento de este estándar y su relación directa con el bienestar del adulto mayor.

Además, la directora asegura que, en cuanto a integración familiar y comunitaria, el HASCL, realiza actividades de inclusión familiar en fechas festivas, afirma que constantemente realiza programas intergeneracionales con escuelas, colegios y universidades que realizan proyectos de vinculación con la institución. Para la generación de espacios formativos para la comunidad, la institución desarrolla a través de los profesionales de la institución talleres de capacitación en temas relacionados al cuidado del adulto mayor, estos espacios formativos también suelen estar dados por las instituciones educativas con las que mantiene convenios. En el estándar de recuperación de comunicación y saberes, en las actividades realizadas se permite a los adultos mayores contar sus experiencias e historias de vida a través de espacios que permitan su participación grupal. El pacto de convivencia y acuerdos sobre el cuidado, son firmados por familiares y empleados por una única vez, en el caso de los familiares cuando firman el contrato de servicios y en el caso de los cuidadores cuando firman el contrato laboral. En cuanto al

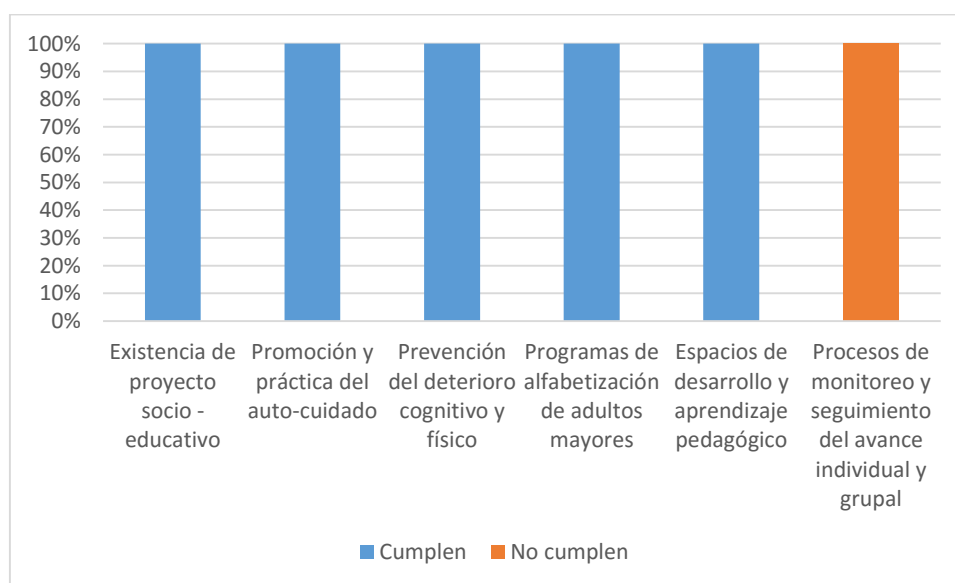
estándar de coordinación interinstitucional, la institución cuenta con el apoyo directo del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional.

El estándar sobre el derecho a la identidad es supervisado por la trabajadora social, la misma que se encarga de gestionar el proceso de cedulación de los adultos mayores en el caso de que no cuenten con la documentación pertinente. El estándar de participación se cumple a través de todas las actividades antes mencionadas y el estándar correspondiente a la formación de redes sociales, comunitarias e interinstitucionales se ejecuta mediante los convenios realizados con empresas privadas, que en ocasiones facilitan alimentación y demás recursos necesarios para el bienestar del adulto mayor, instituciones educativas, que permiten el contacto de los adultos mayores con profesionales que pueden solventar sus necesidades de cuidado y además les permite tener contacto social intergeneracional con niños, adolescentes y adultos.

## 5.2. Procesos socioeducativos

Gráfico 4

### Encuesta aplicada a profesionales para verificación de cumplimiento de estándar de proceso socio – educativo



Fuente: Encuesta aplicada a profesionales

Elaboración: Propia

Este estándar de calidad fue evaluado a través de la verificación de la existencia de un proyecto socio – educativo, la promoción y práctica del auto-cuidado, orientaciones consideradas para la prevención del deterioro cognitivo y físico, la ejecución de programas de alfabetización para adultos mayores, la

existencia de espacios destinados al desarrollo y aprendizaje pedagógico y la confirmación de existencia de procesos de monitoreo y seguimiento del avance individual y grupal en este ámbito.

Con respecto al estándar de calidad, proceso socio – educativo, se puede observar que se da cumplimiento a 5 de los 6 estándares descritos en la normativa técnica. Este proceso según algunos autores se considera esencial para mantener una calidad de vida adecuada, ya que a través de éste se puede evitar una pérdida agresiva de la independencia y la autonomía.

El estándar “proyecto socio – educativo”, es desarrollado por los profesionales de las áreas de psicología y terapia ocupacional. La promoción y práctica del auto – cuidado es llevado a cabo a través de las diversas actividades que se desarrollan a diario en los espacios pedagógicos de la institución, así mismo, las actividades realizadas son planificadas con la finalidad de retardar el deterioro físico y cognitivo, fomentando así, su independencia y autonomía. El proceso de alfabetización de adultos mayores en la institución es llevado a cabo por colaboradores de instituciones de educación superior y por los profesionales de las áreas anteriormente mencionadas. En cuanto al monitoreo y seguimiento del proceso socio – educativo, el HASCL, no cuenta con instrumentos de registros específicos para la evaluación de los logros obtenidos con información sobre los avances individuales y grupales, lo que impide la verificación del impacto de las actividades realizadas en este ámbito. Además, se pudo observar, que debido a los diversos limitantes que pueden presentar los adultos mayores, en cuanto a sus condiciones físicas y/o mentales, algunos de ellos pueden ser excluidos de estos procesos, lo que impide tener una medición de impacto real del proyecto en la institución.

### **5.3.Salud preventiva, alimentación y nutrición**

Este estándar de calidad fue evaluado a través de las encuestas realizadas al personal profesional de la residencia (Anexo 3) y a través del análisis de las Historias Clínicas facilitadas por la institución (Anexo 2). Como se mencionó anteriormente, la salud en el adulto mayor no solo está relacionada con la presencia o ausencia de patologías, sino que también tiene una relación muy apegada a otros componentes esenciales en el adulto mayor, siendo la sensación de autonomía e independencia una de las más sobresalientes.

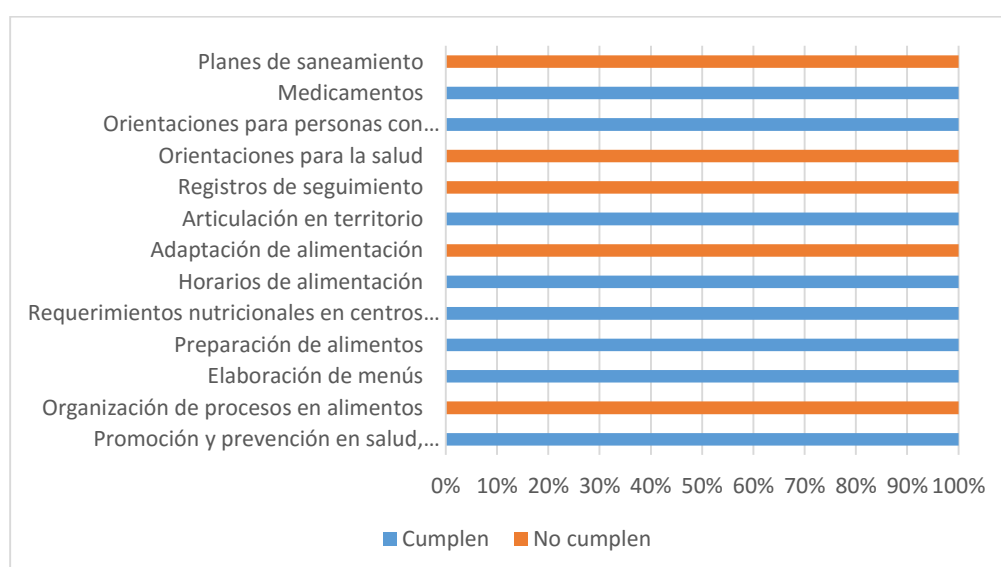
Para este punto, la encuesta buscó recabar información sobre las actividades realizadas para la promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición, se

verificó la existencia de un manual de Buenas Prácticas de Manufactura, y el cumplimiento del mismo por parte de los empleados encargados de la preparación de los alimentos. Se verificó la existencia de ciclos menús y derivaciones adaptadas a las recomendaciones nutricionales y patologías de los adultos mayores y se constató la designación de un profesional a cargo de este proceso, para que se dé cumplimiento a los horarios de alimentación, porciones y texturas, así como la calidad de la alimentación brindada. También se evaluó la existencia o no de un registro de alimentación, que permita documentar la evolución de la ingesta de alimentos por parte del adulto mayor.

Con respecto a las “orientaciones para personas con discapacidad moderada y enfermedades prevalentes”, la normativa técnica señala la importancia de manejar un registro permanente con evaluación especializada de sus usuarios en relación con estos aspectos, por lo que este estándar fue evaluado a través de la información encontrada en las historias clínicas de cada adulto mayor. También se consideró la existencia de procedimientos de administración de medicación y planes de saneamiento.

Gráfico 5

**Encuesta aplicada a profesionales del Hogar Santa Catalina Labouré  
para verificación del cumplimiento del estándar de salud preventiva,  
alimentación y nutrición**



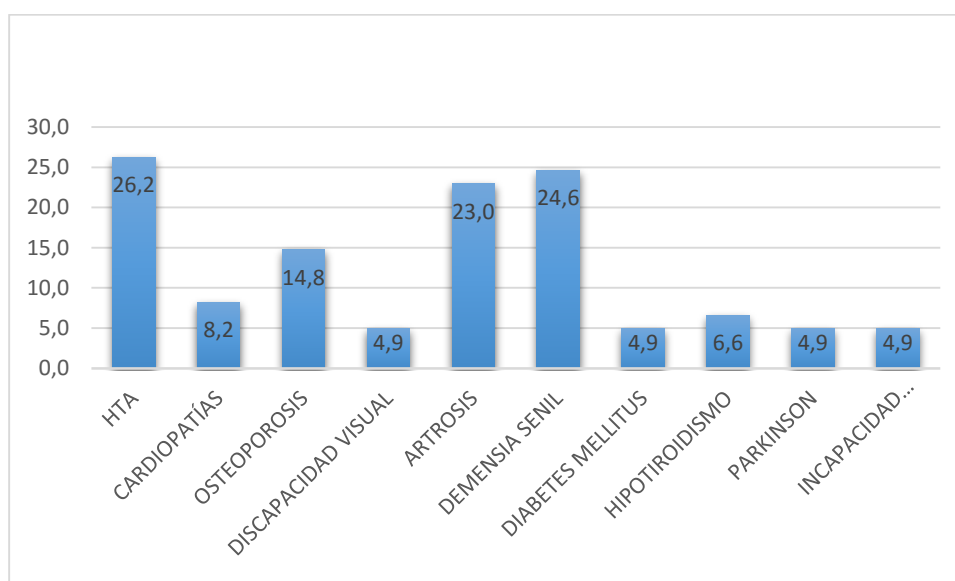
Fuente: Encuesta a profesionales y entrevista a directora

Elaboración: Propia

De los 13 estándares contemplados en el ámbito de salud de la normativa técnica, “planes de saneamiento” (actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición, organización de procesos en alimentos, elaboración de menú, preparación de alimentos, requerimientos nutricionales en centros diurnos, horarios de alimentación, adaptación de la alimentación, articulación en territorio, registros de seguimiento, orientaciones para la salud, orientaciones para personas con discapacidad moderada y enfermedades prevalentes, medicamentos), se dan cumplimiento a 8 ítems, lo que indica que se deberá hacer más énfasis en los estándares de prevención de salud del adulto mayor. En cuanto a las actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición, la encargada del área trata de llevar a cabo actividades de alimentación, hidratación e higiene que vayan acorde a la realidad de cada adulto mayor, estas actividades se encuentran a cargo de la nutricionista de la residencia, sin embargo, no cuenta con el apoyo de los cuidadores por lo que solventar todas las necesidades del grupo puede resultar poco satisfactorio. En la organización de procesos de alimentos, se puede observar que no existen documentos de buenas prácticas de manipulación de alimentos por lo que los empleados de cocina pueden generar contaminaciones alimentarias, atentando así en contra de la calidad de vida del adulto mayor. Con respecto a la elaboración de menús, se pudo constatar que existe un ciclo de menús y que este es adaptado a las necesidades de los adultos mayores, pero debido a la falta de capacitación de los empleados en cocina, la ejecución de los menús adaptados a las patologías y condiciones de los residentes no es adecuada en su totalidad, lo que puede influir directamente en el estado de salud de los mismos y por ende deteriorar su calidad de vida.

Gráfico 6

**Patologías con mayor presencia en el adulto mayor – Hogar Santa Catalina Labouré**



Fuente: Historias clínicas HASCL

Elaboración: Propia

Según los datos recolectados a través de las 61 historias clínicas de los adultos mayores, se determinó que todos los residentes del gerontológico que pasan de los 65 años presentan por lo menos una patología con su respectiva medicación, también se pudo observar que a mayor edad otras patologías se pueden ir presentado, lo que aumenta el consumo de medicamentos, como se mencionó anteriormente, la presencia de patologías en el adulto mayor puede afectar directamente su calidad de vida, a este factor se suma el consumo de medicamentos, que según de León (2010), también tienen incidencia en la vida del adulto mayor. “Se considera polifarmacia cuando un individuo utiliza cuatro o más de cuatro medicamentos y constituye (...) uno de los grandes retos para la geriatría en la actualidad, por lo que se encuentra considerada dentro de los criterios aceptados categóricamente de fragilidad en los ancianos” (de León, Nepomuceno Padilla, and Trimiño 2010).

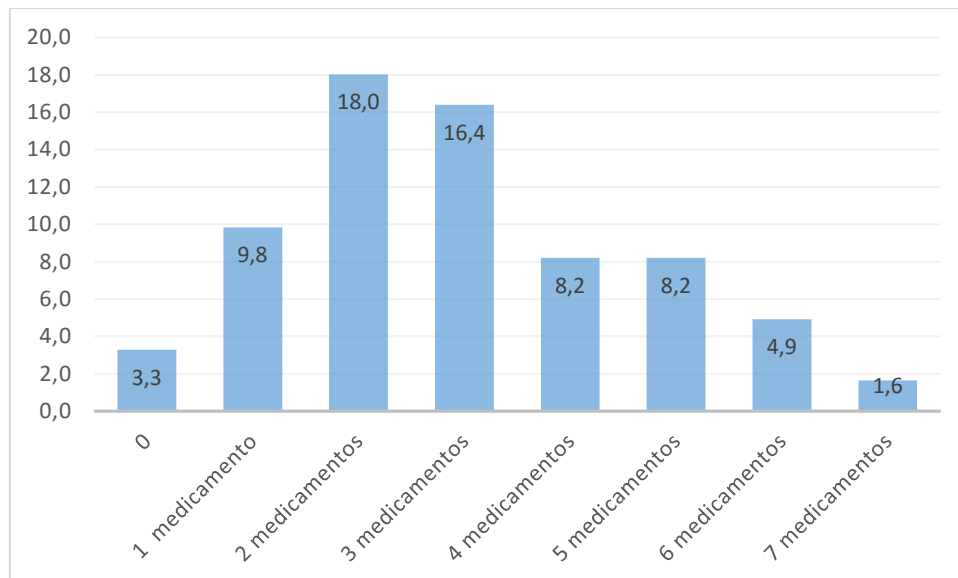
En la gráfica se presenta las enfermedades más comunes en el adulto mayor del centro gerontológico, dependiendo de la situación del individuo, cada uno puede llegar a presentar hasta 4 patologías según el estudio realizado.

A nivel nacional, las casusas de morbilidad y mortalidad se centran en las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, las cardiopatías y la diabetes mellitus, por lo que el presente perfil no se aleja de la

realidad nacional. Además, las enfermedades que presentaron este grupo se relacionan con las enfermedades características propias del deterioro físico de la edad.

Gráfico 7

**Número de medicamentos promedio consumidos por el adulto mayor**



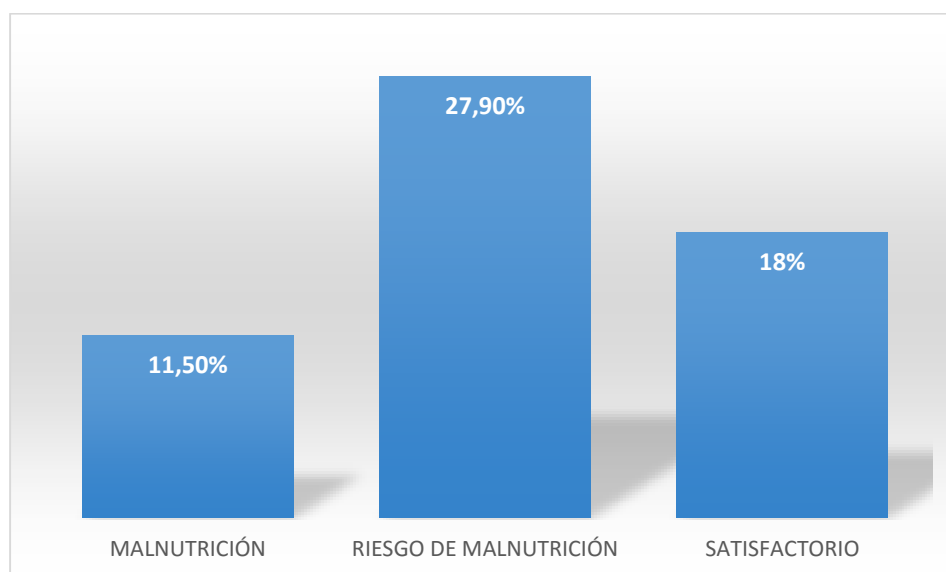
Fuente: Historias clínicas HASCL

Elaboración: Propia

Considerando el anterior concepto sobre polifarmacia y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor, se puede observar en el gráfico, que la mayor parte de los adultos mayores no consumen medicamentos en una cantidad que pueda impactar de manera negativa en su calidad de vida.



Gráfico 8  
Estado nutricional del adulto mayor



Fuente: Historias clínicas HASCL

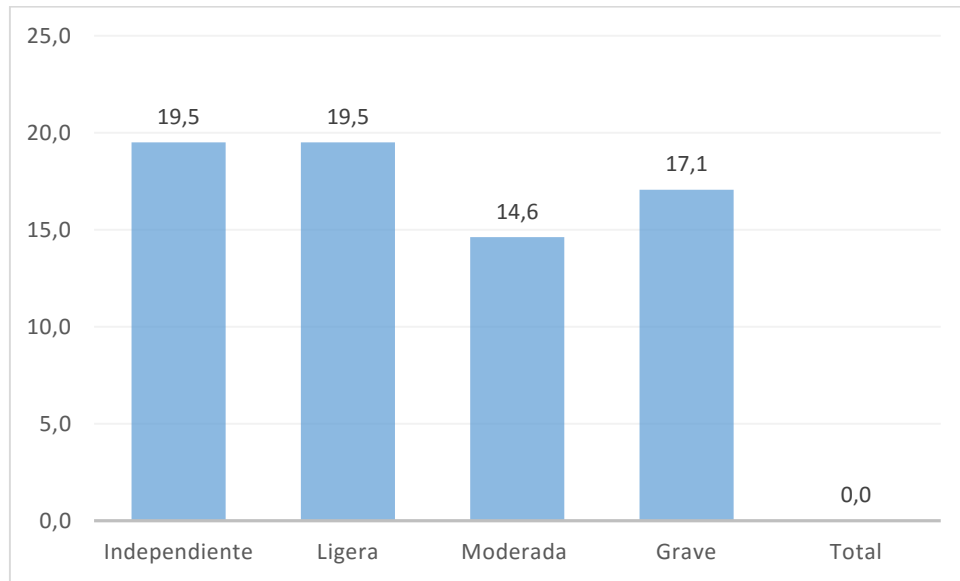
Elaboración: Propia

El estado nutricional en el adulto mayor se evalúa con la herramienta *Mini Nutritional Assessment* (Anexo 9), la misma que consiste en una herramienta de cribado que permite la identificación de adultos mayores con desnutrición o riesgo de desnutrición.

Como se puede observar, el 27,9% de los adultos mayores se encuentra en riesgo de malnutrición, situación esperada, ya que la institucionalización en este grupo poblacional aumenta el riesgo de presencia de este tipo de situaciones, resulta de vital importancia una detección temprana del estado nutricional del adulto mayor, ya que la malnutrición es una situación patológica que puede alterar el estado de salud general del mismo, y sin una intervención inmediata puede disminuir la capacidad de ejecutar actividades de la vida diaria, permitiendo así, la pérdida acelerada de la autonomía y la independencia, situación que tendría incidencia directa en su calidad de vida (Montejano Lozoya et al. 2013).

Llama la atención la falta de historias clínicas de algunos residentes, la falta de informes de diagnóstico de algunas áreas, sobre todo del área de Nutrición lo que nos indica que probablemente no se lleva un control adecuado sobre la alimentación de los residentes.

Gráfico 9

**Evaluación funcional del adulto mayor**

Fuente: Historias clínicas HASCL

Elaboración: Propia

Para realizar la evaluación funcional, es necesaria la utilización de escalas; estas son las de Actividades de la Vida Diaria (AVD), definida como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en tres categorías: actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD) de la vida diaria. (Varela Pinedo et al. 2005, 166)

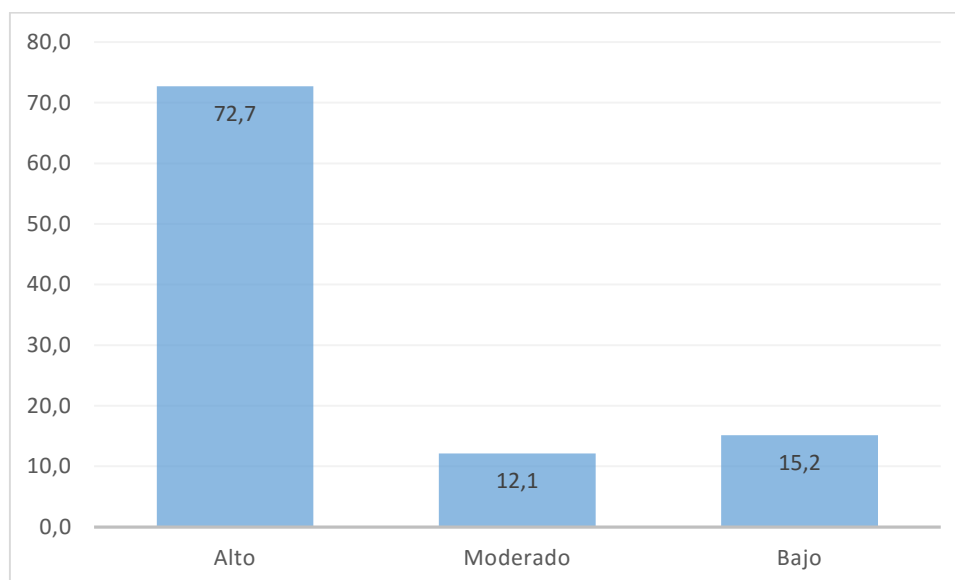
Se entiende como funcionalidad del adulto mayor, la capacidad que tiene éste para realizar actividades de la vida diaria, su alteración puede ser un indicador de severidad de enfermedad ya que mide directamente su nivel de independencia (Varela Pinedo et al. 2005). Los diagnósticos obtenidos en cuanto a funcionalidad del adulto mayor, se realizaron a través de la aplicación de la Escala de Katz (Anexo 8), la misma que evalúa las actividades de la vida diaria, como son: bañarse, vestirse, usar el inodoro, levantarse, manejo de esfínteres y alimentación, ésta fue aplicada a los 61 adultos mayores residentes de la institución por la Terapista Ocupacional.

En el gráfico se puede observar que, la población en el HASCL es heterogénea en términos de funcionalidad, a pesar de que sobresale el nivel de independencia, es preocupante el nivel de dependencia grave ya que esto involucra cuidados especiales por parte del personal, y como se explicó anteriormente, este aspecto resulta de vital importancia en la percepción de calidad de vida del adulto mayor. No existen fichas de evolución del deterioro o mantenimiento de la

funcionalidad de este grupo por lo que se desconoce si las actividades llevadas a cabo en esta institución para evitar la pérdida de funcionalidad son exitosas o no.

Gráfico 10

**Evaluación de la fragilidad del adulto mayor**



Fuente: Historias clínicas HASCL

Elaboración: Propia

El término “fragilidad” nace del intento de describir la disminución de la capacidad funcional inherente al adulto mayor y por ende la dependencia que estos pueden desarrollar, la implementación de herramientas de evaluación periódica en este tipo de gerontológicos resulta de vital importancia ya que una detección temprana permite la intervención adecuada a través de técnicas de rehabilitación física (Alonso Galbán et al. 2007).

El profesional responsable de emitir este diagnóstico es el Fisioterapeuta, el mismo que debe utilizar la escala de Tinetti como herramienta referencial de la fragilidad del adulto mayor. Esta escala consiste en medir el riesgo de caída que puede presentar el individuo, en esta evaluación se consideran los factores de riesgo más críticos como la edad, alteraciones del equilibrio, presencia de dos o más enfermedades crónicas, inactividad física previa, aislamiento, enfermedades neurológicas, entre otras (González Carmona, López Roldán, and Trujillo de los Santos 2005).

En los resultados obtenidos, se puede analizar que existe un alto riesgo de caída en los adultos mayores, las caídas en este grupo además de afectar su estado

físico pueden tener serias repercusiones en el estado anímico, por ende, la percepción de su calidad de vida.

#### 5.4. Talento humano

Tabla 3

##### Características del talento humano

TALENTO HUMANO	SI	NO
Coordinador con título de tercer nivel en áreas administrativas, áreas sociales, de salud o afines.	X	
Cuidador con certificado de auxiliar de enfermería por cada 10 adultos mayores autónomos y 4 dependientes.		X
Profesional médico designado por el Ministerio de Salud Pública	X	
Psicólogo con título de tercer nivel por cada 30 usuarios		X
Terapeuta ocupacional con título tecnológico médico por cada 30 usuarios		X
Terapeuta físico titulado por cada 30 usuarios		X
Trabajador social con título de tercer nivel por cada 30 adultos mayores		X
Facilitador para actividades manuales, artísticas, etc.		X
Auxiliar de limpieza del centro por cada 15 usuarios	X	
Cocinera y auxiliar de cocina por cada 30 usuarios	X	
Auxiliar de lavandería por cada 15 usuarios	X	

Fuente: Encuesta a directora de la institución

Elaboración: Propia

El análisis de este estándar se realizó a través de la entrevista realizada a Sor Cecilia Vargas, Directora del HASCL, sobre las características del personal con el que cuenta el centro gerontológico. La importancia de este estándar radica en que los profesionales, sobre todo aquellos que tienen la responsabilidad del cuidado directo de los adultos mayores, deben saber manejar las implicaciones laborales y emocionales que conlleva la “carga” del cuidado del adulto mayor, la misma que se ha convertido en un indicador que predice la calidad de atención que recibirá el adulto mayor. Por lo que el personal además de tener formación específica en cuidados geriátricos también deberá contar con experiencia laboral en el área, y a su vez la institución deberá responsabilizarse de la actualización en este tipo de

cuidados, para garantizar la calidad del servicio brindado a este grupo (Espín Andrade 2012).

El centro gerontológico cuenta con todos los profesionales indicados en la Normativa Técnica, sin embargo, el número de profesionales no son acorde a la cantidad de adultos mayores existentes. Según lo mencionado por la directora de la institución, esto se debe principalmente a un tema de presupuesto y a un tema de funcionalidad de los adultos mayores, ya que algunos por sus condiciones físicas y neurológicas no pueden participar en las terapias brindadas por los profesionales de las áreas de terapia física, terapia ocupacional y psicología, terapias esenciales en el mantenimiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

### 5.5.Capacitaciones del equipo técnico

Gráfico 11

**Capacitaciones del equipo técnico**



Fuente: Encuesta a profesionales

Elaboración: Propia

Para conocer si el equipo técnico recibe capacitaciones sobre el cuidado del adulto mayor, se incorporó una pregunta en la encuesta realizada a los profesionales para determinar si éstas son brindadas o no por la institución. La encuesta fue aplicada a los 5 profesionales del gerontológico.

Las capacitaciones a las diversas áreas que se encuentran en contacto directo con los adultos mayores, resultan esenciales para garantizar los cuidados que este grupo poblacional necesita.

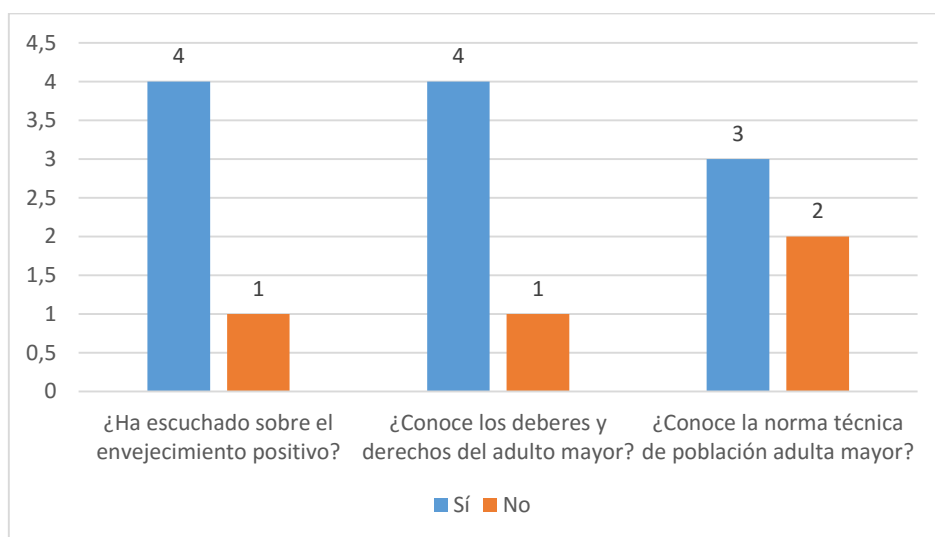
Como se puede observar, todos los profesionales aseguran haber recibido capacitaciones, talleres, congresos y demás actividades de formación específica para su área en el cuidado del adulto mayor. Situación que se torna alentadora para los residentes de la institución en cuanto a los cuidados especializados que la mayoría requieren para garantizar su calidad de vida.

### 5.6. Encuesta a equipo técnico

Con la finalidad de obtener un análisis más acertado en cuanto a la atención y cuidados que reciben los adultos mayores, en la encuesta aplicada a los profesionales del gerontológico se colocaron preguntas dirigidas a saber si los profesionales de cada área conocen sobre la política pública que ampara al adulto mayor. La encuesta fue aplicada a los 5 profesionales de todas las áreas (Nutrición, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Psicología y Trabajo Social).

Gráfico 12

#### Conocimiento de la política pública del adulto mayor



Fuente: Encuesta a profesionales

Elaboración: Propia

El conocimiento de la normativa técnica del adulto mayor, resulta de vital importancia para los profesionales que se encuentren brindando sus servicios a este grupo poblacional, ya que así se garantizaría que las diversas actividades desarrolladas persigan un objetivo en común entre las diversas áreas de la institución. En los resultados obtenidos, se puede ver que, de los 5 profesionales que integran el equipo técnico, uno no ha escuchado sobre el envejecimiento positivo, 1 no conoce sobre los deberes y derechos del adulto mayor y 2 no conocen sobre la norma técnica de la población adulta mayor, estos resultados se dan probablemente por el corto tiempo en el que se encuentran laborando en la institución. El equipo técnico cuenta con un contrato por servicios, es decir mes a mes facturan un valor acordado con la

institución, pero no gozan de los beneficios que tienen los profesionales con modalidad de contrato laboral, probablemente un motivo para que se una rotación frecuente de personal, lo que no garantiza la calidad de la atención que se debe brindar a los residentes.

### **5.7. Ambientes seguros y protectores**

Para la evaluación de este estándar se aplicó una ficha de observación basada en las características físicas del centro gerontológico. Las mismas que según la Normativa Técnica, deben garantizar en todo momento la movilidad segura, proporcionar un ambiente seguro y sobre todo libre de barreras arquitectónicas que pongan en riesgo la salud y el estado de bienestar del adulto mayor.

A través de las observaciones realizadas, se pudo verificar que el HASCL cumple en su mayoría con todos los requerimientos físicos dictados por la normativa, sin embargo, por la antigüedad de la infraestructura algunas de las adecuaciones no se han podido realizar en su totalidad. De los incumplimientos que más sobresalen, se encuentran:

- No todos los baños cuentan con agarraderas, lo que aumenta el riesgo de caída de los adultos mayores.
- Los pisos no son antideslizantes y cuando son desinfectados el riesgo de caída aumenta aún más.
- Con respecto a las puertas, estas son anchas y permiten la movilidad de las sillas de rueda para los adultos mayores que las necesitan, a pesar de que no cuentan con la estructura solicitada por la Normativa.
- No cuentan con biombos que permitan preservar la intimidad del adulto mayor
- No cuentan con áreas verdes, aunque el patio para recreación si es grande y adecuado para las diversas actividades que se realizan al aire libre.

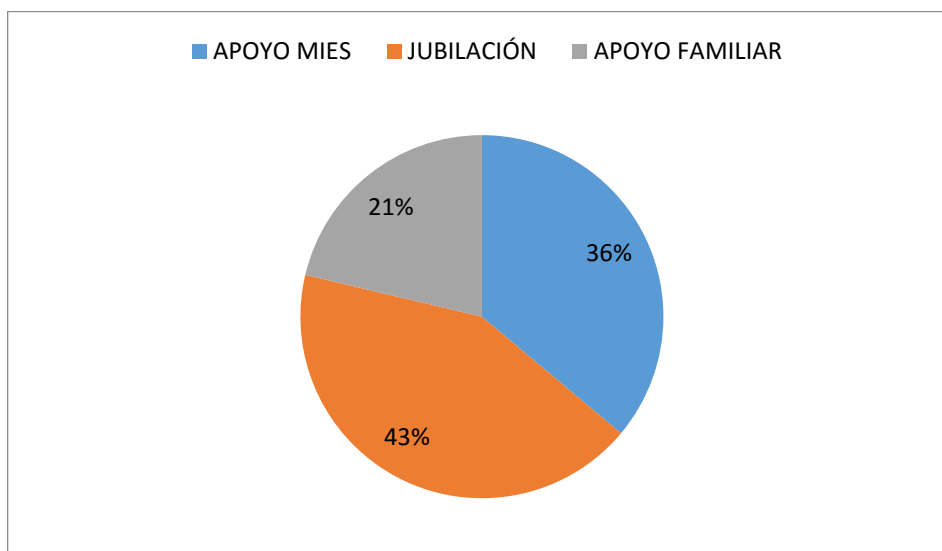
### **5.8. Administración y gestión**

Según Sor Cecilia Vargas, la institución trabaja constantemente en el mejoramiento de la calidad administrativa, asegura que anualmente se elabora una planificación que permite generar una articulación intersectorial entre los diversos servicios aportados por el sector público como los que realizan como parte de su autogestión en beneficio de los adultos mayores. Con respecto al levantamiento de expedientes de cada uno de los usuarios, llama la atención la falta de registros de usuarios nuevos y la falta de actualización de los registros de todos los usuarios,

situación que como se mencionó anteriormente podría interferir en la calidad de atención brindada a los adultos mayores que requieran consideraciones específicas, derivadas de sus estados de salud.

Gráfico 13

**Análisis económico del adulto mayor en el Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré**



Fuente: Historias Clínicas HASCL

Elaboración: Propia

En cuanto a las obligaciones que presenta el centro, resalta la obligación de convenios de cooperación que debe tener la institución con respecto a la asignación obligatoria del 5% de sus cupos de atención a la acogida gratuita señalada por el MIES.

Se puede observar que el porcentaje de usuarios destinado al cuidado gratuito alcanza el 36%, la Directora acota que además de basarse en la normativa técnica para la recepción de casos de cuidado gratuito, también hacen honor a la misión de su institución religiosa. Los ingresos gratuitos muchas veces involucran situaciones de deterioro físico y cognitivo, posible motivo por el que los indicadores de salud anteriormente detallados no son muy adecuados.

Para este componente se revisaron las Historias Clínicas (Anexo 2) de los 61 adultos mayores residentes del Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré.

### **5.9. Percepción de calidad de vida del Adulto Mayor**

Para la medición de la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del HASCL, se utilizó la encuesta *WHOQoL- BREF*, la misma que está



compuesta por 26 preguntas, las 2 primeras preguntas se relacionan con la calidad de vida global y con la salud general, las siguientes 24 preguntas se agrupan en 4 áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, cada área se encuentra compuesta de diferentes aspectos considerados esenciales en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor. En el dominio de salud física (dominio 1), se encuentran 7 preguntas relacionadas con el dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso, actividad cotidiana y capacidad de trabajo. En el dominio psicológico (dominio 2), se encuentran 6 preguntas con relación a sentimientos positivos, espiritualidad, religión y creencias personales, pensamiento y aprendizaje, imagen corporal y apariencia, autoestima y sentimientos negativos. El dominio de relaciones sociales (dominio 3), se encuentra construido por 3 preguntas sobre las relaciones personales, actividad sexual y soporte social y finalmente el dominio de medio ambiente (dominio 4), se encuentra conformado por 8 preguntas relacionados a seguridad física y protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información, hogar, cuidados de salud y sociales; y transporte. La puntuación de cada uno de los dominios tiene medición en dirección positiva, es decir los valores más altos indican mayor calidad de vida. Los valores que se obtienen se multiplican por 4 para obtener una relación sobre 100 puntos. El puntaje de cada dominio, se deriva de la agrupación de preguntas.

Dominio 1 – Salud física, se encuentra conformada por las preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17, y 18.

Dominio 2 – Psicológico, se encuentra conformada por las preguntas 5, 6, 7, 11, 19 y 26.

Dominio 3 – Relaciones sociales, conformado por las preguntas 20, 21 y 22

Dominio 4 – Medio ambiente, estructurado por las preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25.

Para las preguntas 3, 4 y 26, por su connotación deberán ser invertidas, es decir si su puntuación es 1 se deberá darle un valor de 5, si el valor es 2 se deberá asignarle una puntuación de 4, no se cambiará la puntuación en el caso de que los valores de las respuestas sean de 3.

La encuesta fue aplicada únicamente a los adultos mayores que estuvieron en la capacidad de responder las preguntas. Todos recibieron ayuda para registrar de forma escrita sus respuestas ya que la mayoría presentaba problemas visuales o

problemas físicos, y todos en general prefirieron recibir ayuda para el registro de sus respuestas. Se tomó en cuenta a 28 adultos mayores para la aplicación de esta encuesta, 18 mujeres y 10 hombres, los mismos que, como se mencionó anteriormente, fueron seleccionados por sus diagnósticos del área de Terapia Ocupacional y Psicología.

Cada dominio puede entenderse como una descripción del comportamiento, el estado de la persona, una capacidad, o a una percepción subjetiva o experiencia. Por ejemplo, el dolor es una percepción subjetiva o experiencia, la fatiga se puede definir como un estado, la movilidad puede ser definida como una capacidad (habilidad para movilizarse de un lado al otro) o como un comportamiento (reporte actual de movilidad) (Organización Mundial de la Salud, OMS 1998).

Para el análisis de los datos obtenidos a través de la encuesta *WHOQoL-BREF*, se tomó en cuenta la guía metodológica facilitada por la Organización Mundial de la Salud (Anexo 12).

Tabla 4

**Coefficiente de confiabilidad Alfa de Crombach por dominio de la encuesta WHOQoL-BREF**

Dominio	Alfa de crombach	Número de ítems
Dominio 1	0.74	7
Dominio 2	0.72	6
Dominio 3	0.42	3
Dominio 4	0.92	8

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

Como medida de consistencia interna de este instrumento se utilizó el índice Alfa de Crombach. Este índice permite medir la confiabilidad de una escala de medida, definiendo la confiabilidad como la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento de medida. La escala para este índice es de 0 a 1, cuanto más se aproxime a 1 más fiable es el instrumento, en términos generales se considera que un resultado superior a 0.7 es adecuado para garantizar la confiabilidad de la escala (Quera Virlo 2010).

Como se puede observar en la tabla, cada dominio demuestra una confiabilidad adecuada, salvo en el caso del dominio 3, que corresponde al dominio de relaciones sociales, en el mismo que se encuentra una pregunta que se relaciona

con aspectos sexuales del adulto mayor, pregunta que no fue contestada por ningún adulto mayor, lo que termina afectando la confiabilidad de los resultados obtenidos en este dominio.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en cada uno de los dominios de la encuesta, la puntuación de la escala para cada dominio es de 28 a 140. Ya que la cantidad de respuestas se deriva de la cantidad de encuestados, este dato, 28, se multiplica por las opciones de respuesta en la escala de Likert del instrumento, que es 1 como valor mínimo y 5 como valor máximo, de ahí la puntuación de la escala antes mencionada para cada dominio.

Tabla 5

**Dominio salud física**

Estadísticos descriptivos				
	N	Suma	Media	Varianza
¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	28	82	2,93	1,254
¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	28	90	3,21	,915
¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	28	94	3,36	,979
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	28	99	3,54	1,739
¿Cuán satisfecho está con su sueño?	28	106	3,79	,915
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar actividades de la vida diaria?	28	98	3,50	1,000
¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	28	93	3,32	,374
N válido (según lista)	28			

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

Para entender el estadístico descriptivo de cada dominio es importante saber que la “media” es y la “varianza”

En la tabla se puede observar que el dato con más promedio corresponde a “¿Cuán satisfecho está con su sueño?”, lo que se entiende como la opción más relevante para los encuestados, mientras que “¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita? Representa el dato con menor insatisfacción.

El dato con menor variabilidad se sitúa en ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo? El ítem con mayor dispersión corresponde a ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? Lo que nos indica que algunos pueden moverse fácilmente y otros tienen dificultad para lograrlo.

Tabla 6

### Estadística de resumen de los elementos del dominio salud física

Estadísticos de resumen de los elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,378	2,929	3,788	,857	1,293	,073	7
Varianzas de los elementos	1,025	,374	1,739	1,365	4,647	,169	7

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

En la encuesta tipo Likert, el dominio tiene una puntuación de 1 a 5, el promedio en el dominio de salud física es de 3.37, lo que equivale al 67.4% en una escala del 1 al 100. Se infiere que de todos los encuestados, su percepción de bienestar en cuanto a su salud física es del 67,4%, enmarcada entre “lo normal” y “bastante”, según la escala.

Tabla 7

### Dominio salud psicológica

Estadísticos descriptivos				
	N	Suma	Media	Varianza
¿Cuánto disfruta de la vida?	28	99	3,54	,702
¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	28	96	3,43	,698
¿Cuál es su capacidad de concentración?	28	93	3,32	,448
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	28	113	4,04	,480
¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	28	108	3,86	,720
¿Cuán satisfecho está con su transporte?	28	61	2,18	,671
N válido (según lista)	28			

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

La media menor de las puntuaciones corresponde a ¿Cuán satisfecho está con su transporte?, ubicándose en la escala de Likert en el valor representativo de “insatisfecho”, el dato llevado a porcentaje, representa el 43.6%, es decir que la población se siente insatisfecha. Situación que se puede derivar de la falta de transporte que tiene la institución para salidas de campo, paseos y demás necesidades que puedan presentar los adultos mayores, y, cuando por “donación” se consigue movilización, el vehículo no es adecuado para el transporte de los adultos mayores. La puntuación máxima corresponde a ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?, se encuentra en una puntuación entre 1 y 5 en 4.04, lo que equivale a “bastante” con respecto a la escala de Likert, en una escala del 1 al 100 (porcentaje), equivale el 80.8%. Es decir, los adultos mayores aceptan su apariencia física en un 80,4%, se puede inferir que no se preocupan por su percepción de la apariencia física pero sí muestran preocupación por su transporte. El dato con menor varianza corresponde a ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? Lo que quiere decir que la mayoría respondió alrededor de “bastante”. El dato con mayor dispersión corresponde a ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?, lo que quiere decir que las respuestas fueron dispersas con respecto a la media.

Tabla 8

**Estadística de resumen de los elementos del dominio salud psicológica**

Estadísticos de resumen de los elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,435	2,429	4,038	1,607	1,662	,315	6
Varianzas de los elementos	,649	,448	,847	,398	1,888	,024	6

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

La media se encuentra ubicada en 3.43, en la escala de Likert se centra entre las respuestas “moderado” y “bastante”, lo que señala que en cuanto a la salud psicológica los adultos mayores se encuentran en 69% del bienestar para este dominio.

Tabla 9

**Dominio relaciones sociales**

Estadísticos descriptivos				
	N	Suma	Media	Varianza
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	28	82	2,93	,587
¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	28	28	1,00	,000
¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	28	69	2,46	,554
N válido (según lista)	28			

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

En este dominio la puntuación de la media menor es de 2.46, en la escala de Likert representa a la elección “insatisfecho”, en porcentaje, en una escala de 1 a 100 equivale a 49.2%, mientras que la puntuación mayor es 2.93, perteneciente a la variable ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?, ubicándose la respuesta en “lo normal” en la escala de Likert, en una escala del 1 al 100 (porcentaje) representa el 58.6%.

Tabla 10

**Estadística de resumen de los elementos del dominio relaciones sociales**

Estadísticos de resumen de los elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,696	2,464	2,929	,464	1,188	,108	2
Varianzas de los elementos	,571	,554	,587	,033	1,080	,001	2

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

La media general del dominio se encuentra en 2.69, ubicado en la escala de Likert nos indica que las respuestas se localizan entre “satisfecho” y “lo normal”, en porcentaje equivale al 53.8%. Lo que nos indica que las poblaciones en estudio en cuanto a su percepción de bienestar en contraste a las relaciones sociales se encuentran en 53.8% de bienestar para este dominio.

Tabla 11  
**Dominio ambiente**

Estadísticos descriptivos				
	N	Suma	Media	Varianza
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	28	85	3,04	,480
¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	28	92	3,29	,508
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	28	44	1,57	,847
¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	28	97	3,46	,999
¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	28	103	3,68	,597
¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	28	98	3,50	,407
¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	28	96	3,43	,402
¿Cuán satisfecho está con su transporte?	28	61	2,18	,671
N válido (según lista)	28			

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

El puntaje menor en el dominio ambiente se encuentra en 1.57, situándose en la pregunta ¿tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?, en la escala de Likert la respuesta se ubica en las opciones “muy insatisfecho” e “insatisfecho”, en una escala del 1 al 100, representa el 31.4%. El puntaje mayor se sitúa en ¿hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio? Con un valor de 3.68, en una escala del 1 al 100 equivale al 73,6%, indicando una respuesta en la escala de Likert de “bastante”. La pregunta ¿Cuán satisfecho está con los servicios sanitarios? Es la que cuenta con menor variabilidad, indicándonos que las respuestas están cercanas a la media entre “lo normal” y “bastante”.

Tabla 12

**Estadística de resumen de los elementos del dominio ambiente**

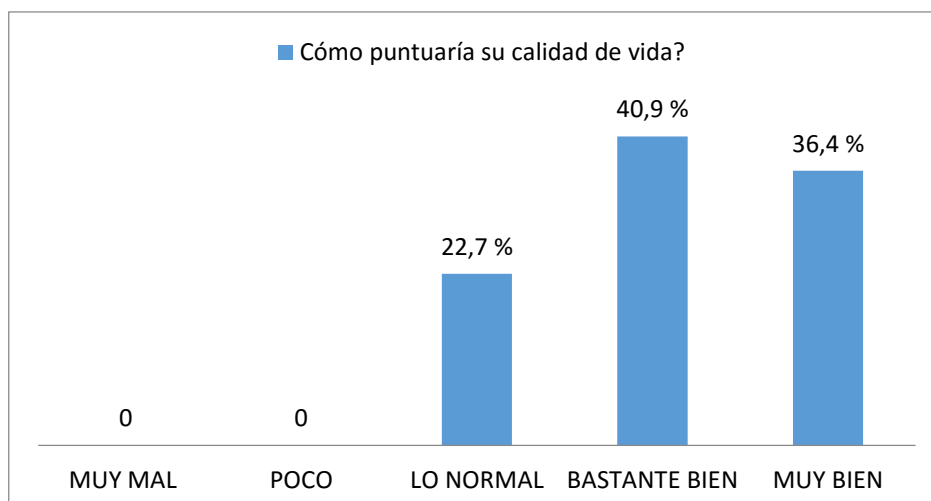
Estadísticos de resumen de los elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,923	1,571	3,500	1,929	2,227	,568	7
Varianzas de los elementos	,816	,402	,999	,597	2,484	,054	7

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

La media general del dominio ambiente es 2.92, en la escala de Likert corresponde a “lo normal” y en escala del 1 al 100, representa el 58.4%

Gráfico 14

**Pregunta de control 1: ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?**

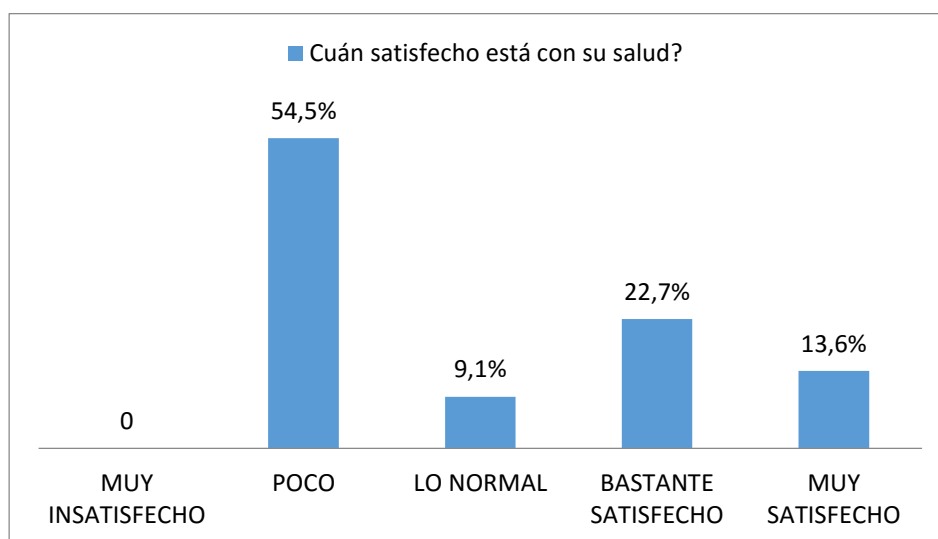
Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

Como se puede observar, la mayor parte de los adultos mayores a pesar de sus complicaciones médicas consideran que tienen una calidad de vida bastante buena, lo que confirma la idea de que la calidad de vida no está relacionada únicamente con la presencia o ausencia de dolor o enfermedad, sino que involucra un cúmulo de situaciones que permiten el diario vivir del adulto mayor. Además, se evidenció, que la percepción de calidad de vida en el adulto mayor va disminuyendo conforme su edad es mayor.



Gráfico 15

**Pregunta de control 2: ¿Cuán satisfecho está con su salud?**

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

La encuesta revela que la mayoría de los adultos mayores no se encuentran satisfechos con su estado de salud, situación que puede darse por la presencia de enfermedades consideradas como propias de la edad en la mayoría de los adultos mayores de la institución. En aquellos adultos mayores cuya independencia y funcionalidad es limitada, su percepción de salud se ve afectada, coincidiendo con los autores tomados en cuenta para el desarrollo de este trabajo.

Tabla 13

**Preguntas independientes - de control**

Estadísticos descriptivos				
	N	Suma	Media	Varianza
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	28	100	3,57	,624
¿Cuán satisfecho está con su salud?	28	82	2,93	1,254
N válido (según lista)	28			

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

Con respecto a la pregunta ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?, los adultos mayores contestaron en promedio 3.57, en la escala de Likert, la respuesta se ubica entre “lo normal” y “bastante satisfecho”, en una escala del 1 al 100, corresponde al 71,4% en cuanto a su percepción de calidad de vida, lo que se podría interpretar como una percepción de calidad de vida aceptable por parte de los adultos mayores.

En cuanto a la pregunta ¿Cuán satisfecho está con su salud?, la media es 2.93, en una escala de Likert señala que su respuesta se sitúa cerca a “lo normal”, en una escala del 1 al 100, representa al 58.6%, lo que permite inferir que los adultos mayores tienen una percepción “neutral” con respecto a su salud, ya que esta no se sitúa en una percepción entendida como buena o insuficiente.

En estas preguntas, consideradas como preguntas de control, los adultos mayores puntúan su calidad de vida en una media de 3.25, esto en la escala de Likert, nos indica que las respuestas obtenidas se sitúan entre “lo normal” y “bastante” y en una escala del 1 al 100, corresponde al 65%, acercándose su percepción a una valoración positiva de la misma.

Tabla 14

**Resumen de datos “varianza” de cada dominio**

Dominio	Área	Mediana
1	Salud física	0.073
2	Salud psicológica	0.315
3	Relaciones Sociales	0.108
4	Ambiente	0.568

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF

Elaboración: Propia

En la tabla de varianzas de cada dominio, se puede observar que el dominio de salud física es el que posee menos variabilidad, es decir que los valores están cercanos a la media, el dominio con mayor dispersión es el de ambiente, es decir, existen respuestas dispersas con respecto a la media.

### **5.10. Índice de calidad de vida**

Con los datos obtenidos en cada uno de los dominios, correspondientes a la media, se elabora el índice de calidad de vida para la población de adultos mayores del Hogar Santa Catalina Labouré, lo que se contrastará con las preguntas de control que corresponden a las preguntas anteriormente analizadas, dirigidas a percepción de calidad de vida y percepción de estado de salud.

Reemplazando los datos en la fórmula dada en el instrumento, se obtiene el siguiente resultado:

$$ICV = \frac{D1+D2+D3+D4}{4}$$

$$ICV = \frac{12.418}{4}$$

$$ICV = 3.10$$

ICV: Índice de calidad de vida

D1: Dominio 1

D2: Dominio 2

D3: Dominio 3

D4: Dominio 4

Se puede observar que el índice de calidad de vida para la población del Hogar Santa Catalina Labouré es de 3.10, lo que en la escala de Likert utilizada en la encuesta WHOQoL-BREF, se traduce a “lo normal”, en una escala del 1 al 100 (porcentaje) representa el 62.09%, entendiendo el 100% como una percepción de calidad de vida positiva y 0% como negativa.

Tabla 15

**Contraste entre pregunta de control para percepción de calidad de vida y puntuación de la encuesta total**

<b>Pregunta de control: ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? (percepción)</b>	<b>Puntuación obtenida en la encuesta</b>
65%	62%

Fuente: Encuesta WHOQoL-BREF  
Elaboración: Propia

Se puede ver que la puntuación alcanzada en la encuesta global es de 62%, mientras que la pregunta de control sobre percepción de calidad de vida alcanza al 65%, existiendo una diferencia mínima de 3% entre los resultados obtenidos. Nuevamente, se puede inferir que la calidad de vida en los adultos mayores estudiados se encuentra entre los parámetros de “normal”, sin embargo, el objetivo de esta encuesta es generar una intervención oportuna para mejorar las deficiencias encontradas.



## **Capítulo cuatro**

### **Propuesta**

#### **1. Introducción**

Una vez identificados los puntos de la Normativa Técnica que no son llevados a cabo por parte del Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, se procede a realizar una propuesta que consiste en potenciar la calidad del servicio brindado por parte de esta institución. Con la investigación realizada se determinó que en gran medida la percepción de calidad de vida del adulto mayor tiene relación con los servicios brindados por parte del centro gerontológico. Por lo que se plantea la creación de un plan de acción basado en la Normativa Técnica. La creación de la propuesta conlleva un análisis sobre las necesidades manifestadas por los adultos mayores y por las observaciones y entrevistas realizadas en la investigación.

#### **2. Objetivo general**

Mejorar la calidad del servicio ofertado por el Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré a través del cumplimiento de la Normativa Técnica del Adulto Mayor.

#### **3. Objetivos específicos**

- Implementar un sistema de monitoreo y seguimiento de procesos socio – educativos
- Implementar actividades orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Facilitar ambientes seguros y protectores para los usuarios del Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré.

#### **4. Resultados esperados**

- Registros adecuados del seguimiento y evolución del proceso socio – educativo de los adultos mayores, para verificar el impacto de este proceso en la calidad de vida del adulto mayor.
- Procesos establecidos sobre actividades de alimentación, seguimiento de evolución de enfermedades, y planes de saneamiento.
- Lugares adecuados para la recreación, revitalización, integración y socialización de los adultos mayores, así como espacios adecuados para su higiene y cuidado.

En general, a través de la implementación del plan de acción se espera mejorar la percepción de la calidad del servicio recibido por los adultos mayores y por ende mejorar la percepción de su calidad de vida.

## 5. Plan de acción

El plan de acción a continuación propuesto tiene sus bases en los estándares de calidad delimitados por la Normativa Técnica del Adulto Mayor, haciendo énfasis en las actividades que potenciarían el cumplimiento de los aspectos en los cuales se encontraron deficiencias.

Tabla 16

### Plan de acción para el Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré

DEBILIDAD	ACCIÓN CORRECTIVA	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO
Inexistencia de registros de proceso socio - educativo de los adultos mayores	Generar un sistema de evaluación y seguimiento del proceso socio - educativo de los adultos mayores	Desarrollar talleres que permitan el desarrollo físico, funcional e intelectual del adulto mayor	Registros adecuados del seguimiento y evolución del proceso socio – educativo de los adultos mayores, para verificar el impacto de este proceso en la calidad de vida del adulto mayor	Registros de monitoreo y seguimiento del estado psicológico del adulto mayor Registros de monitoreo y seguimiento de funcionalidad del adulto mayor	Terapista ocupacional Psicóloga	2018 - 2019

Inexistencia de procesos establecidos para garantizar una alimentación saludable en el adulto mayor	Crear un programa de salud preventiva, que involucre proyectos de nutrición	Brindar capacitaciones al personal en temas de nutrición, saneamiento y enfermería básica. Designar áreas veedoras del cumplimiento del proyecto	Procesos establecidos sobre actividades de alimentación saludable	Manuales de alimentación del adulto mayor, manejo adecuado de alimentos y seguimiento de las enfermedades del adulto mayor Plan de saneamiento de las diversas áreas de la institución	Nutricionista	2018 - 2019
Falta de seguimiento de las diversas enfermedades del adulto mayor	En el programa de salud preventiva a crearse, incluir actividades de control diario de evolución de enfermedades	Concientizar a través de talleres de participación, la importancia del control de la evolución de las patologías del adulto mayor	Procesos establecidos y ejecutados en cuanto a la evolución de patologías	Registros diarios de observación de la salud del adulto mayor, aplicación de medicación, ingesta de líquidos y alimentos.	Jefe de enfermería	2018 - 2019



Falta de planes de saneamiento	Generar planes de control sanitario de las diversas áreas de la institución	Socializar los planes de control sanitario elaborados	Actividades ejecutadas en favor de la limpieza y desinfección de las diversas áreas de la institución	Registros de limpieza de áreas	Jefe de mantenimiento	2018 - 2019
Carencia de lugares adecuados para la recreación, revitalización, integración y socialización de los adultos mayores	Realizar adecuaciones en espacios físicos de la institución	Socializar la importancia de las adecuaciones a realizarse a los familiares de los adultos mayores, comunidad y diversas instituciones que puedan colaborar con los recursos que permitan estas modificaciones	Lugares adecuados para la recreación, revitalización, integración y socialización de los adultos mayores	Número de modificaciones realizadas.	Jefe de mantenimiento	2018 - 2019

Falta de espacios adecuados para la higiene y cuidado del adulto mayor	Implementar espacios que permitan realizar las actividades de higiene y cuidado del adulto mayor, garantizando su intimidad.	Conseguir los fondos necesarios para las modificaciones, con un previo análisis de espacios idóneos para estas actividades. Concientización a los funcionarios sobre la importancia de respetar la intimidad de los adultos mayores	Espacios adecuados para higiene y cuidado del adulto mayor.	Número de espacios designados a esta actividad	Jefe de mantenimiento	2018 - 2019
--	--	---	---	--	-----------------------	-------------

Carencia de un ambiente que genere confianza y seguridad en el adulto mayor	Fomentar el respeto y la consideración hacia el adulto mayor por parte de los cuidadores	Brindar charlas de concientización a los cuidadores sobre la calidad del servicio que deben dar a los adultos mayores	Ambiente de confianza y seguridad para el adulto mayor	Lista de asistencia a charlas. Encuestas de satisfacción de servicios recibidos por cuidadores aplicadas a adultos mayores y familiares cada 6 meses	Trabajadora social	2018 - 2019
Falta de unión en los adultos mayores de la institución	Fortalecer la unión y solidaridad entre los adultos mayores de la institución	Generar espacios lúdicos, de ocio y diálogo, en los que los adultos mayores puedan socializar con sus compañeros y así fortalecer la unión la grupo.	Unión, respeto y solidaridad entre el grupo de adultos mayores residentes en el HASCL	Número de actividades realizadas en cada semestre.	Terapista ocupacional, Psicóloga	2018 - 2019

Salidas de campo insuficientes y no son inclusivas	Realizar salidas de dispersión social con mayor frecuencia en la institución, involucrando a la mayor parte de los adultos mayores institucionalizados	Buscar los recursos económicos para la contratación de transporte adecuado que permita la inclusión de los adultos mayores con discapacidades físicas.	Adultos mayores mejoran estado anímico y sus relaciones sociales	Número de salidas realizadas en cada semestre	Terapista ocupacional, Psicóloga, Fisioterapista y Trabajadora social	2018 - 2019
--	--	--	--	---	---	-------------

## **Capítulo cinco**

### **Conclusiones y Recomendaciones**

#### **1. Conclusiones**

A continuación se presentan las conclusiones en orden a los objetivos planteados en la investigación:

Fundamentar teóricamente la calidad de vida del adulto mayor

- A nivel mundial se está generando un cambio considerable en la estructura sociodemográfica, el crecimiento acelerado de la población de adultos mayores pone en análisis la política pública dirigida a este segmento, ya que si bien es cierto, el envejecimiento de la población puede considerarse un triunfo en cuanto a la expectativa de vida, también constituye un reto para los países, sobre todo, para aquellos en vías de desarrollo, ya que una población con estas características demanda una cantidad considerable de recursos para su mantenimiento y cuidado.
- La definición de calidad de vida, en la actualidad, conlleva diversos aspectos relacionados con el estado de bienestar del individuo, estos pueden involucrar el bienestar físico a través del nivel de independencia, autonomía y grado de funcionalidad; el bienestar psicológico que puede estar influenciado por el estrés, la depresión y la sensación de abandono y el bienestar socioeconómico que se relaciona directamente con el nivel de satisfacción de necesidades que posee el adulto mayor, por lo que pensar que la calidad de vida involucra únicamente la ausencia de enfermedad o dolor es un error.
- La mujer, desde el aspecto socioeconómico, es el género que ha demostrado tener mayor longevidad, pero que se encuentra expuesta muchas veces a condiciones de vulnerabilidad debido a las restricciones educativas y económicas que históricamente ha vivido.
- La percepción de bienestar del adulto mayor se ve influenciado entre otros factores por su nivel de instrucción, probablemente porque éste ha demostrado tener una alta incidencia en la calidad de oferta laboral al que pudieron acceder en edades económicamente activas, definiéndose como un determinante crítico de sus ingresos en la etapa de jubilación.

Identificar la política pública dirigida a los adultos mayores.

- La política pública en el Ecuador debe comprender estrategias orientadas a evitar el deterioro acelerado y la discapacidad prematura en el adulto mayor, así como brindar las bases de ejecución para la atención adecuada e integral en el tratamiento y prevención de enfermedades crónicas en este grupo de la población, ya que de estas se deriva su nivel de funcionalidad e independencia, la misma que puede influir en la percepción de bienestar de este grupo etario.
- La Normativa Técnica del Adulto Mayor para Centros y Servicios Gerontológicos, se encuentra elaborada en base a tres ejes de política pública, inclusión y participación social, protección social, atención y cuidado, estas en conjunto buscan garantizar la calidad del servicio brindado en estos centros, sin embargo, la falta de herramientas adecuadas para el seguimiento y medición de impactos de ésta no permite obtener un dato relevante sobre el efecto de su implementación en el estado de bienestar de los adultos mayores.

Analizar la percepción de calidad de vida del adulto mayor residente del Hogar Santa Catalina Labouré con respecto al cumplimiento de la Norma Técnica del Adulto Mayor.

- Los estándares de calidad definidos a lo largo de la Normativa Técnica buscan garantizar la salud del adulto mayor, evitar el deterioro y posterior pérdida de independencia, autonomía, capacidades mentales y aumento de su fragilidad, características muy apreciadas en la determinación del bienestar de este grupo poblacional.
- Los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en el Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, proceden de una situación derivada de carencia económica y abandono, lo que puede interferir en su percepción sobre la calidad de vida en relación al cumplimiento de la normativa técnica.
- Al no existir una herramienta de medición del cumplimiento de normativa técnica y su relación con la calidad de vida del adulto mayor, la encuesta WHOQoL-BREF, puede ser de gran ayuda en la búsqueda de la percepción de la calidad de vida de este grupo, sin embargo, algunas de las preguntas pueden generar sensación de tristeza e incomodidad en el adulto mayor

encuestado, lo que puede terminar interfiriendo en la veracidad de las respuestas obtenidas.

- Se puede verificar que la institución en general, se alinea a los estándares de calidad delimitados en la Normativa Técnica para Adultos Mayores en Residencia, pero al no existir una guía específica que delimite las actividades que deben realizarse con relación a cada estándar, estos no pueden ser medibles en su totalidad y no pueden relacionarse directamente con la percepción de calidad de vida que mantienen los adultos mayores.

## **2. Recomendaciones**

- Se recomienda crear espacios de concientización para los profesionales de las diversas áreas del cuidado geriátrico, sobre la importancia del manejo de historias clínicas, como componente esencial en la medición de la calidad de vida del adulto mayor, estas deben ser realizadas al ingreso del usuario en la institución para garantizar que cada uno reciba los cuidados y terapias necesarias adaptadas a sus diferentes condiciones.
- Resulta importante la actualización constante de las historias clínicas a través de la Evaluación Geriátrica Integral (profesionales de las diversas áreas de la institución), ya que a través de esta se puede diagnosticar a tiempo complicaciones clínicas y de funcionalidad tanto física como mental y social, un plan de intervención temprana basada en este seguimiento puede mejorar la utilización de recursos, disminuir la presencia de patologías, la utilización de medicación, fomentará la autonomía y la independencia del adulto mayor, generando así, una estrategia clave que garantice la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.
- Se recomienda tomar en cuenta el plan de acción presentado en el capítulo 4, ya que fue elaborado a partir del diagnóstico situacional del centro gerontológico en base a los servicios brindados a los usuarios; adaptaciones de los espacios físicos del gerontológico resultan ser de vital importancia al momento de fomentar y cuidar de la funcionalidad, independencia y bienestar mental del adulto mayor.
- Llevar registros de evolución de aspectos nutricionales y alimenticios de los adultos mayores, puede constituir un indicador clave para la evaluación de la calidad de vida de este grupo, ya que la ingesta de alimentos y por ende su

estado nutricional son los aspectos que se ven afectados de manera inmediata ante la presencia de depresión, ansiedad o enfermedades crónicas que atenten contra su bienestar.

- Para el levantamiento de información de cumplimiento de normativa técnica, la herramienta debe ser estructurada de una manera que evite subjetividades y respuestas a conveniencia por parte de los entrevistados y encuestados.



## Obras Citadas

- Alemán, Carmen. 2013. "Políticas Públicas Para Mayores. Gestión Y Análisis de Políticas Públicas."
- Alonso Galbán, Patricia, Félix Sansó Soberats, Ana Canel Navarro, Mayra Carrasco García, y Tania Oliva. 2007. "Envejecimiento Poblacional Y Fragilidad En El Adulto Mayor." *Revista Cubana de Salud Pública* 33, n°1 (2007): 2-5.  
[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci\\_arttext&tlng=.](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext&tlng=)
- Aragón, Edel Mena, Milagro Sánchez Sarduy, Yolanda Reyes Quintana, and Dinora García Martín. 2016. "Eficacia de Intervención Educativa En Conocimientos de Cuidadores Para Prevenir El Maltrato Del Adulto Mayor." *Effectives of an Educational Intervention about Care-Givers' Knowledge for Preventing Mistreatment of the Aged Adult*. 32 (2). Centro Nacional de Informacion de Ciencias Medicas: 1.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117024573&lang=es&site=ehost-live>.
- Bertranou, Fabio. 2001. "Empleo, Retiro Y Vulnerabilidad Socioeconómica de La Población Adulta Mayor En La Argentina." *CEPAL*.  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30931682/ECO-4.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521955078&Signature=xMo3c88fLClem3tS%2F6bWryysAik%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DEmpleo\\_retiro\\_y\\_vulnerabilidad\\_socioecon](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30931682/ECO-4.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521955078&Signature=xMo3c88fLClem3tS%2F6bWryysAik%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DEmpleo_retiro_y_vulnerabilidad_socioecon).
- Botero de Mejía, Beatríz, y María Eugenia Pico Merchán. 2007. "Calidad de Vida Relacionada Con La Salud (CVRs) En Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica." *Hacia La Promoción de La Salud* 12: 11-24.  
<http://www.redalyc.org/html/3091/309126689002/>.
- Cardona, Doris, y Hector Argudelo. 2005. "Construcción Cultural Del Concepto Calidad de Vida." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 23: 79-90.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a08.pdf>.
- Cardona, Doris, Alejandro Estrada, y Héctor Agudelo. 2006. "Calidad de Vida Y Condiciones de Salud de La Población Adulta Mayor de Medellín." *Biomédica* 26: 5. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v26n2/v26n2a04.pdf>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2016. "La Matriz de La

- Desigualdad Social En América Latina.” Santo Domingo.
- CEPAL. *Panorama social de América Latina*. Análisis situacional, Santiago de Chile: Naciones Unidas, 1999 - 200.
- Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades. 2013. “Agenda Nacional Para La Igualdad En Discapacidades 2013 - 2017.” Quito, Ecuador.
- Dirección Población Adulta Mayor. 2013. “Política Pública.” Ministerio de Inclusión Económica Y Social. 2013. <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
- Dueñas González, Danelis, Héctor Bayarre Veja, Eduardo Triana Álvarez, y Vivian Rodríguez Pérez. 2009. “Calidad de Vida Percibida En Adultos Mayores En La Provincia de Matanza.”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 25. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002).
- Durán, Diana, Laura Orbegoz Valderrama, y Ana Fernanda Uribe Rodríguez. 2009. “Integración Soacial Y Habilidades Funcionales En Adultos Mayores.” 1. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Ecuador. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008
- . *Ley del Anciano*. Regsitro oficial 83, 23 de mayo de 2000.
- . Ministerio de Inclusión económica y social. «Ciudadanía activa y envejecimiento positivo.» Diseño de política pública a favor de los derechos de las personas adultas mayores, Quito, 2010. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>
- .Ministerio de Inclusión Económica y Social. *Norma Técnica para la Población adulta y los centros y servicios gerontológicos*. Registro oficial especial 20, 28 de junio de 2017
- Espín Andrade, Ana Margarita. 2012. “Factores de Riesgo de Carga En Cuidadores Informales de Adultos Mayores Con Demencia.” *Revista Cubana de Salud Pública* 38: 393–402. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38n3/493-402/es>.
- Flores, Elizabeth, Edith Rivas, y Fredy Seguel. 2012. “Nivel de Sobrecarga En El Desempeño Del Rol Del Cuidador Familiar de Adulto Mayor Con Dependencia Severa.” *Ciencia Y Enfermería* 18: 29–41.

- [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000100004&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000100004&script=sci_arttext).
- González Carmona, Beatríz, Zoila López Roldán, y Álvaro Trujillo de los Santos. 2005. “Guía de Práctica Clínica Para La Prevención de Caídas En El Adulto Mayor.” *Revista Médica Del IMMS* 43. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055i.pdf>.
- Hemida, César. 2017. “Políticas Públicas Para El Adulto Mayor.” *El Telégrafo*, 18 de marzo de 2017.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. «Censo de población y vivienda 2010.» Censo poblacional y vivienda, Quito, 2010. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. *La población adulto mayor en la ciudad de Quito*. Estudio de situación sociodemográfica y socioeconómica, Quito: INEC, 2008.
- León, Tamara Guevara de, Nancy L Nepomuceno Padilla, y Omar Hernández Trimiño. 2010. “POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR.” *Medicentro Electrónica* 14 (2): 132–34. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=52416257&lang=es&site=ehost-live>.
- Lourdes Vargas-Santillán, María de, Beatriz Arana-Gómez, María de Lourdes García-Hernández, María Guadalupe Ruelas-González, Estela Melguizo-Herrera, y Ana Olivia Ruiz-Martínez. 2017. “Significado de Salud: La Vivencia Del Adulto Mayor.” *Meaning of Health: The Experience of the Elderly*. 17 (2). Universidad de la Sabana: 171–82. <http://10.0.20.174/aqui.2017.17.2.6>.
- Martínez, María Victoria Rojas. 2007. “Asociación Entre La Habilidad de Cuidado Del Cuidador, El Tiempo de Cuidado Y El Grado de Dependencia Del Adulto Mayor Que Vive Situación de Enfermedad Crónica, En La Ciudad de Girardot.” *Relation between the Care Provider’s Care Capability, the Care Time and the Dependence Degree of a Middle-Aged Adult with a Chronic Disease in Girardot*. 25 (1). Editorial Universidad Nacional de Colombia: 33–45. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=43973112&lang=es&site=ehost-live>.
- Medina, Manuel Enrique. 2000. *Políticas Sociales Para Las Personas Mayores En El Próximo Siglo*. Murcia: EDITUM.

- Méndez, Israel E Millán. 2010. "Evaluación de La Capacidad Y Percepción de Autocuidado Del Adulto Mayor En La Comunidad." *Assessment of the Capability and Perception of Self-Care of Elderly in Community*. 26 (4). 222–34.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=61203767&lang=es&site=ehost-live>.
- Morales, María Eugenia. «Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI: Un enfoque politológico.» *Acta Bioethica*, 2001: 71 - 95.
- Montejano Lozoya, Raimundo, Rosa María Ferrer, Gonzalo Clemente Marín, y Nieves Martínez Alzamora. 2013. "Estudio Del Riesgo Nutricional En Adultos Mayores Autónomos No Institucionalizados." *Nutrición Hospitalaria* 5.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000500010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500010).
- Morales, Victor Hugo. 2010. "La Población Adulto Mayor En La Ciudad de Quito, Estudio de La Situación Sociodemográfica Y Socioeconómica." *INEC*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 1948. "Salud." *OMS*. 1948.  
<https://www.w3.org/>.
- . 2018. "Envejecimiento y salud". *OMS*. 5 de febrero.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
- . «Envejecimiento activo: un marco político.» *Revista española de geriatría y gerontología*, 2002: 75.
- . *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Informe mundial, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
- , OMS. *Programme on Mental Health, WHOQOLU User manual*. Geneva: World Health Organization, 1998.
- . 2014. "Envejecimiento Y Ciclo de Vida." 2014.  
[http://www.who.int/ageing/about/ageing\\_life\\_course/es/](http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/es/).
- . 2015. "Envejecimiento Y Salud." 2015.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
- . 2018. "WHOQoL." World Health Organization Quality of Life Questionnaire. 2018.  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/).

- . «Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud.» *Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York: Organización Mundial de la Salud, 1948. 100.
- Posso, Miguel. 2011. *Proyectos, Tesis Y Marco Lógico. Planes E Informes de Investigación*. Quito.
- Quera Virlo, Milton. «Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach.» *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 2010: 248-252.
- Ribot Reyes, Victoria de la Caridad, Yamisleydis Leyva Villafañá, and Carlos Moncada Menéndez. 2016. “Calidad de Vida Y Demencia.” *Revista Archivo Médico de Camagüey* 20 (1025–0255): 80.
- Rodríguez Cabrera, Aida, Milagros Collazo Ramo, Jorge Luis Calero Ricard, Luisa Álvarez Vázquez, and Ileana Castañeda Abascal. 2017. “Percepciones de Adultos Mayores Y Prestadores Acerca de La Accesibilidad a Servicios de Salud.” *Perceptions of Older Adults and Health Providers about Accessibility to Health Services*. 43 (3). Centro Nacional de Informacion de Ciencias Medicas: 1–12.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=124714157&lang=es&site=ehost-live>.
- Sánchez Padilla, Luis Manuel, Ubaldo González Pérez, Alina González Alerm, and Jorge Bacallao Gallestey. 2014. “Calidad de Vida Psíquica Y Estado de Salud Física En El Adulto Mayor.” *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 13.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000200017&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000200017&script=sci_arttext&tlng=en).
- Varela Pinedo, Luis, Helver Chávez Jimeno, Miguel Galvez Cano, and Francisco Méndez Silva. 2005. “Funcionalidad En El Adulto Mayor Previa a Su Hospitalización a Nivel Nacional.” *Revista Médica Hered* 16.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf>.
- Vásquez, Javier. 2004. “Discriminación Y Violencia En La Vejez: Mecanismos Legales E Internacionales Para La Protección de Los Derechos En La Edad Avanzada.” In *II Foro Centroamericano Y Del Caribe Sobre Políticas Para Adultos Mayores*. San Salvador.
- Vuelo, Rubén Lo. 2014. “Cambio Climático, Políticas Ambientales Y Regímenes de

Protección Social. Visión Para América Latian.” In . Santiago de Chile:  
Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

## Anexos

### Anexo 1

#### Cuestionario WHOQOL-BREF

VERSION ESPAÑOLA DEL WHOQOL-BREF.

BARCELONA (CENTRO WHOQOL)

##### Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida.

**Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
--	--	-----------	--------------	---------------	---------------	-----------------

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
--	--	-----------	--------------	---------------	---------------	-----------------

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

**Gracias por su ayuda**

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5



Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

**¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?**

**GRACIAS POR SU AYUDA**

Anexo 2

Formato de matriz utilizada en recolección de datos de historias clínicas

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN QUITO																							
SANTA CATALINA LABOURÉ																							
miércoles, 01 de noviembre de 2017																							
NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	NACIONALIDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS	ESCOLARIDAD	PROFESIÓN	JUBILACIÓN	INGRESO MENSUAL APROX. USD	FAMILIARES A CARGO	RAZÓN DE INSTITUCIONALIZACIÓN	FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN	ACCESO A INSTITUCIONES DE SALUD	DIAGNÓSTICO MÉDICO	MEDICAMENTOS	DIAGNÓSTICO TERAPIA OCUPACIONAL (ABVD, AIVD)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL (MNA)	DIAGNÓSTICO CO TERAPIA FÍSICA (TINETT)	DIAGNÓSTICO O PSICOLOGÍA (EC Clínica de Mayo, ED de Mayo, ED de Mayo)	ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO
ARMENDARIZ JUEZ LIDIA INÉS	170116724	Ecuadoriana	Pichincha	26/08/1918	98	F	Divorciada	0	Básica	Profesora	Sí	380	Sobrinos	Vive sola y necesita de compañía y cuidados	11/04/2014	IESS	Cardiopatía hipertensiva	Digoxina, Cardiol, Clortalidona (3)	ABVD Dependencia grave AIVD Dependencia total		Alto riesgo de caídas	Decorada en tiempo y espacio, CMs N/A Y= N/A	Adulto mayor paga en porcentaje de la pensión, recibe ayuda de sobrinos.
CARRERA AMAYA INÉS CECILIA	170117345	Ecuadoriana	Pichincha	31/11/1938	80	F	Viuda	6	Superior	Muestra un arte	No	0	Hijos	Ingresa por su propia voluntad	24/08/2015	Centros de Salud	Hipertensión arterial	Enitrex, Cardio, Anelidipina, Cartralina, Cálfor, Furosemida (6)	ABVD Independiente AIVD Autónoma		Bajo riesgo de caídas	CMs Normal Y= Riesgo depresivo	Adulto mayor no tiene ingresos económicos por lo que recibe apoyo
BARAHONA VITERI ROSARIO ALICIA	170216302	Ecuadoriana	Imbabura	21/08/1933	85	F	Soltera	0	Bachiller	Comerciante	Sí	465,15	Sobrino	Vive sola y necesita de compañía y cuidados	09/12/2013	IESS	Hipertensión arterial sistólica, osteoporosis	Lorazepam, Aceprom, Clortalidona, Anelidipina, Cartralina, Spirona (6)	ABVD Dependencia ligera AIVD Dependencia moderada		Riesgo moderado de caídas	CMs Deterioro cognitivo moderado Y= Normal	Adulto mayor posee una situación económica adecuada, paga el valor total de la pensión del gerontológico y recibe apoyo económico de la familia
GORGILLO JERRARDO ANA ELICIA	170115218	Ecuadoriana	Loja	26/10/1935	82	F	Soltera	0	Bachiller	Secretaria	Sí	577,32	No tiene representantes	Adulto mayor en situación de abandono	27/11/2015	IESS	Alzheimer	Memantina	ABVD Dependencia grave AIVD Dependencia total		Alto riesgo de caídas	CMs Deterioro severo Y= Probable depresión	Adulto mayor posee situación económica adecuada, paga los

Anexo 3

Formato de encuesta realizada a equipo técnico

NOMBRE	
CÉDULA	
CARGO	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	BÁSICA BACHILLER SUPERIOR MAESTRÍA
ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN	
EXPERIENCIA EN ÁREAS DE GERONTOLOGÍA	SI NO
FECHA	

1. ¿Ha escuchado sobre el envejecimiento positivo?

---

---

2. ¿Conoce los deberes y derechos de los Adultos Mayores?

---

---

3. ¿Conoce la Norma Técnica de Población Adulta Mayor?

---

---

4. ¿En el tiempo que lleva en la institución, ha recibido capacitaciones, talleres, congresos y demás actividades de formación específica para su área en el cuidado del adulto mayor?

---

---

5. ¿En su área, cuentan con un registro de seguimiento de medición de estado físico, mental y emocional del Adulto Mayor?

---

---

6. ¿En su área, tienen un protocolo de atención?

---

---

7. ¿En sus actividades diarias, incluyen actividades que impidan el deterioro físico y cognitivo y fomente la autonomía?

---

---

## Anexo 4

**Entrevista realizada a la directora de la institución**

¿Realizan actividades para prevención y detección del deterioro cognitivo y físico del adulto mayor?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿cuáles son estas actividades?

---



---

¿Realizan actividades intergeneracionales que les permita a los adultos mayores fomentar la recuperación de los conocimientos, actitudes y prácticas de este grupo?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿cuáles son estas actividades?

---



---

¿Se realiza un pacto documentado sobre los compromisos, obligaciones y derechos de la familia hacia el adulto mayor y cuidadores a cargo?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿con qué frecuencia se renuevan estos pactos?

---



---

Tienen identificadas las instituciones correspondientes para coordinar la atención y referencia ante amenazas y/o vulneración de los derechos humanos?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿cuáles son las instituciones?

---



---

¿El hogar de ancianos Santa Catalina Labouré, fomenta los cuidados especializados del adulto mayor?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿a través de qué actividades se las fomenta?

---



---

¿Fomentan la participación proactiva de la familia de los adultos mayores residentes?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿a través de qué actividades se las fomenta?

---



---

¿Generan talleres con las familias y /o comunidad?

Sí No Si su respuesta fue sí, ¿con qué frecuencia los realizan y utilizan instrumentos

de registro?

¿Fomentan la colaboración del adulto mayor en programas sociales y culturales?

Sí No Si su respuesta fue sí, ¿a través de qué actividades se las fomenta?

¿Cuentan con protocolos de atención para el Adulto Mayor?

Sí No Si su respuesta fue sí, ¿qué áreas cuentan con uno?

¿Todos los adultos mayores cuentan con cédula de ciudadanía?

Sí No Si su respuesta fue no, ¿Cuál es el protocolo que siguen?

¿Realizan foros, debates y demás actividades que permitan al adulto mayor estar involucrado en la toma de decisiones de la vida cotidiana en el Gerontológico?

Sí No Justifique su respuesta

¿Han formado redes sociales de apoyo que promuevan la calidad de vida de los adultos mayores y sus familias al permitir al adulto mayor acceder a servicios, prestaciones y beneficios sociales?

Sí No Justifique su respuesta

¿Cuentan con un plan pedagógico para el adulto mayor?

Sí No Si su respuesta fue sí, ¿cuentan con indicadores que permitan medir los

avances y con qué frecuencia son evaluados?

---

---

¿Realizan acciones con los adultos mayores que promuevan prácticas de cuidado y cuidado mutuo?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿En sus actividades diarias incluyen actividades que impidan el deterioro físico y cognitivo y fomente la autonomía?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿a través de qué actividades se las fomenta?

---

---

¿Los adultos mayores se encuentran vinculados a algún programa de alfabetización?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Los adultos mayores cuentan con espacios pedagógicos aptos para el desarrollo y aprendizaje de actividades que promuevan el desarrollo integral de los mismos?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuentan con un registro de seguimiento y medición de estado físico, mental y emocional?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Han implementado actividades orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de estándares de alimentación, hidratación e higiene?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuentan con un manual de Buenas prácticas de manipulación para los procesos de compra, transporte, recepción, almacenamiento, preparación y entrega del alimento?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuentan con un ciclo de menús acorde a las recomendaciones de consumo de calorías y nutrientes dadas por el Ministerio de Salud Pública?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿La preparación de alimentos está delegada a un profesional que garantice el cumplimiento de las horas de servicio, características organolépticas, porciones y buenas prácticas de manipulación de alimentos?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuántas comidas al día se sirven los adultos mayores y en qué horario?

---

---

¿La alimentación está establecida en base a las necesidades individuales e incluyen acciones educativas de prevención, detección y manejo de patologías?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

El servicio de alimentación cubre al 100% los requerimientos diarios de calorías, nutrientes y agua acorde a las necesidades nutricionales de los adultos mayores?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Tienen un plan de acciones para la prevención, manejo y seguimiento de casos de enfermedades y estado nutricional con el MSP?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuentan con un registro de seguimiento sobre la evolución alimenticia y nutricional de cada usuario?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Capacitan a los cuidadores familiares sobre la presencia de alteraciones que ocurren en el envejecimiento? ¿Realizando seguimiento y registro de evolución del usuario?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuentan con un registro permanente con evaluación especializada de los adultos mayores en relación con discapacidades y enfermedades prevalentes para desarrollar planes de contingencia?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuentan con un procedimiento establecido para el suministro de medicamentos?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---

¿Cuentan con un plan de saneamiento que garantice las condiciones higiénicas sanitarias en los diversos aspectos y espacios del Gerontológico?

Sí      No      Justifique su respuesta

---

---



En cuanto al talento humano, cuentan con los siguientes perfiles:

PROFESIONALES	SI	NO
Coordinador con título de tercer nivel en áreas administrativas, áreas sociales, de salud o afines.		
Cuidador con certificado de auxiliar de enfermería por cada 10 adultos mayores autónomos y 4 dependientes.		
Profesional médico designado por el Ministerio de Salud Pública		
Psicólogo con título de tercer nivel por cada 30 usuarios		
Terapeuta ocupacional con título tecnológico médico por cada 30 usuarios		
Terapeuta físico titulado por cada 30 usuarios		
Trabajador social con título de tercer nivel por cada 30 adultos mayores		
Facilitador para actividades manuales, artísticas, etc.		
Auxiliar de limpieza del centro por cada 15 usuarios		
Cocinera y auxiliar de cocina por cada 30 usuarios		
Auxiliar de lavandería por cada 15 usuarios		

¿Los profesionales en Terapia Ocupacional, Terapia Física, Psicología, Trabajo Social, realizan terapias grupales?

Sí      No      Si su respuesta fue sí, ¿con qué frecuencia lo realizan?

---



---

¿Cuentan con planes de formación y capacitación técnica del personal?

Sí      No      Justifique su respuesta

---



---

## Anexo 5

**Fichas de observación**

Ficha de observación N 1

**Estándar 33 - Características físicas de los centros gerontológicos residenciales y diurnos - Normativa técnica**

CARACTERÍSTICA	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIÓN
	SI	NO	
Espacios amplios y seguros con cerramiento y vigilancia;			
Acceso vehicular para aprovisionamiento y emergencias;			
Los centros gerontológicos residenciales y diurnos, en lo posible deben tener una sola planta y en caso de contar con más, deberán tener facilidades como rampas, gradas seguras, ascensores o montacargas;			
Facilidades para la circulación con ayudas mecánicas y técnicas;			
Los pisos deben ser de materiales antideslizantes, o contar con las protectores para prevenir caídas;			
Puertas anchas de fácil manejo y que se abran hacia afuera;			
Iluminación y ventilación natural, sin humedad			
Espacios para almacenamiento de alimentos fríos y secos;			
Deben existir pasamanos en baños, inodoros, vestidores y espacios de traslado;			
Las puertas deberán ser de un mínimo de 90 cm de ancho, para que puedan ser abiertas con una sola			

mano y el batiente de la puerta hacia afuera;			
Los techos deben ser de material durable, resistente, impermeable y sin goteras			
Espacios verdes y patios que permitan el desarrollo de actividades de recreación.			

Ficha de observación N 2

**Estándar 36 - Espacio físico y equipamiento, en centros residenciales y diurnos-  
Normativa técnica**

CARACTERÍSTICA	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIÓN
	SI	NO	
Área de administración y recepción, que disponga de mobiliario, equipamiento, y un ambiente funcional para la atención a los adultos mayores.			
<p>Área de dormitorio y descanso para centros residenciales</p> <p>Las habitaciones deberán ser de preferencia individuales o dobles pudiendo ser múltiples, hasta 6 personas; ubicadas por sexo;</p> <p>El espacio deberá permitir la circulación de silla de ruedas;</p> <p>Deberá contar con habitaciones para matrimonios o parejas</p> <p>Deberán contar con timbres en las cabeceras de las camas;</p> <p>Adecuada iluminación nocturna en habitaciones y pasillos;</p>			

<p>Camas individuales con colchones adecuados a las necesidades del adulto mayor;</p> <p>Un armario, un velador, una silla con apoya brazos, mesa individual o compartido</p>			
<p>Área médica, enfermería y primeros auxilios: Deberá contar con equipamiento y botiquín básico para el diagnóstico y atención primaria a los adultos mayores</p>			
<p>Área de psicología y trabajo social: Está diseñada para brindar atención y control periódico, en un espacio adecuado y equipado para la consulta individual.</p>			
<p>Área de fisioterapia y rehabilitación: Contará con los implementos, equipos y materiales indispensables para realizar el tratamiento de fisioterapia y rehabilitación.</p>			
<p>Área para talleres-terapia ocupacional y recreativa: La unidad de atención deberá contar con un espacio multiuso donde llevar a cabo actividades ocupacionales como procesos terapéuticos, manualidades, juegos de mesa, trabajo manual, y actividades artísticas en general.</p>			
<p>Área de cocina: Las áreas de cocina y comedor deben ser diferenciadas y preferentemente distantes de los dormitorios y sala de descanso, equipada con los electrodomésticos, vajilla, menaje, utensilios y materiales necesarios en buen estado y estar ubicada en un área que garantice la conservación y el almacenamiento en buen estado de los alimentos perecibles y no</p>			

perecibles, sin cruzarse con el área de evacuación de desechos, cumpliendo además con las normas y estándares establecidos por la Secretaría de Riesgos y el Cuerpo de Bomberos.			
Área de alimentación-comedor: Debe estar en espacios iluminados, ventilados, confortables y adecuados y contar con el mobiliario y equipamiento que permita la provisión de alimentos a personas adultas mayores.			
Área de servicios (lavado, planchado, centro residencial): Contará con estanterías para guardar los utensilios e implementos de lavado y planchado de ropa y recipientes para la ropa sucia y limpia con espacios para lavadora y secadora para los centros residenciales.			
Espacio para organización de alimentos: Contará con estanterías de metal o madera, alacenas para provisiones, recipientes con tapa, refrigeradora y congeladora.			
Espacio para material de aseo: Contará con estanterías para guardar utensilios y material de limpieza.			
Servicios higiénicos: Deberán contar con un baño, lavabo, inodoro y ducha con agarraderas. En lo posible una ducha teléfono, un timbre. Los servicios higiénicos deberán ser diferenciados entre hombres y mujeres, usuarios y personal. En áreas comunes deberá haber un lavabo e inodoro y contar con un espacio o biombo que permita			

preservar la intimidad del adulto mayor al momento de vestirlo o cambiarlo de ropa.			
Espacio exterior con áreas verdes y patios: Deben ser espacios amplios y seguros con cerramiento vigilancia y/o seguridad para evitar la salida no informada de las personas adultas mayores.			
Salida de emergencia y evacuación: Debe estar ubicada conforme a las disposiciones del Cuerpo de Bomberos y Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.			
Área de descanso: Los centros diurnos deben contar con un área de descanso para personas adultas mayores.			
Servicios básicos: Las unidades de atención dispondrán de servicios básicos de agua potable, energía eléctrica, teléfono, internet y sistema de eliminación de aguas residuales y desechos.			
Espacios para personas adultas mayores con trastornos de conducta: Los centros gerontológicos autorizados para atender a personas con trastornos de conducta o padecimientos mentales propios de la edad, deberán contar con un espacio físico independiente en el que exista una estación de enfermería para su cuidado, sala de recuperación y consultorio médico y psicológico.			

## Instrumento de medición de las actividades de la vida diaria del adulto mayor – Escala de Barthel

<b>ALIMENTACIÓN</b>	
10	<b>INDEPENDIENTE.</b> Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable
5	<b>AYUDA.</b> Necesita ayuda para cortar, extender mantelquillá, etc.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>
<b>BAÑO</b>	
5	<b>INDEPENDIENTE.</b> Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>
<b>VESTIDO</b>	
10	<b>INDEPENDIENTE.</b> Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si es preciso.
5	<b>AYUDA.</b> Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>
<b>ASEO PERSONAL</b>	
5	<b>INDEPENDIENTE.</b> Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe, si usa máquina eléctrica.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>
<b>DEPOSICIÓN</b>	
10	<b>CONTINENTE.</b> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por sí solo.
5	<b>INCONTINENCIA OCASIONAL.</b> Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
0	<b>INCONTINENTE.</b>
<b>MICCIÓN</b>	
10	<b>CONTINENTE.</b> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.
5	<b>INCONTINENCIA OCASIONAL.</b> Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
0	<b>INCONTINENTE.</b>
<b>USO DEL RETRETE</b>	
10	<b>INDEPENDIENTE.</b> Usa el retrete, bacinilla o cucha. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.
5	<b>AYUDA.</b> Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse y quitarse la ropa.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>
<b>TRASLADO SILLÓN, CAMA</b>	
15	<b>INDEPENDIENTE.</b> No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
10	<b>MINIMA AYUDA.</b> Necesita una mínima ayuda o supervisión.
5	<b>GRAN AYUDA.</b> Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
15	<b>INDEPENDIENTE.</b> Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.
10	<b>AYUDA.</b> Puede caminar al menos 50 m, pero necesita ayuda o supervisión.
5	<b>INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS.</b> Propulsa su silla de ruedas al menos 50 m.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>
<b>ESCALONES</b>	
10	<b>INDEPENDIENTE.</b> Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye en la barandilla.
5	<b>AYUDA.</b> Necesita ayuda física o supervisión.
0	<b>DEPENDIENTE.</b>

### Anexo 7

## Instrumento para la medición de las actividades instrumentales de la vida diaria – Escala de Lawton y Brody

**Escala de Lawton y Brody para medir las AIVD**

Capacidad para usar el teléfono	Valoración original*	Neurociencias
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	2
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	3
No utiliza el teléfono	0	4
<b>Compras</b>		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	2
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	3
Totalmente incapaz de comprar	0	4
<b>Preparación de la comida</b>		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	1
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	2
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	3
		4
<b>Cuidado de la casa</b>		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o tender las camas	1	2
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	3
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	4
No participa en ninguna labor de la casa	0	5
<b>Lavado de la ropa</b>		
Lava por sí solo toda su ropa	1	1
Lava por sí solo prendas pequeñas	1	2
El lavado de toda la ropa corre a cargo de otra persona	0	3
<b>Uso de medios de transporte</b>		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	2
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1	3
Utiliza taxi o automóvil solo con ayuda de otros	0	4
No viaja en absoluto	0	4
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si le preparan la dosis previamente	0	2
No es capaz de administrarse su medicación	0	3
<b>Capacidad para usar el teléfono</b>	<b>Valoración original*</b>	<b>Neurociencias</b>
<b>Manejo de sus asuntos económicos</b>		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las compras grandes, bancos	1	2
Incapaz de manejar dinero	1	3

\* Puntaje total.



## Anexo 8

## Escala de Katz

## INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVIILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.	
CLASIFICACIÓN	
A Independiente en todas las actividades	
B Independiente en todas las actividades, salvo una	
C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional	
D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional	
E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional	
F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional	
G Dependiente en las seis funciones	

## Anexo 9

## Mini Nutritional Assessment

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

### Cribaje

**A** Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses?  
0 = ha comido mucho menos  
1 = ha comido menos  
2 = ha comido igual ☐

**B** Pérdida reciente de peso (<3 meses)  
0 = pérdida de peso > 3 kg  
1 = no lo sabe  
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg  
3 = no ha habido pérdida de peso ☐

**C** Movilidad  
0 = de la cama al sillón  
1 = autonomía en el interior  
2 = sale del domicilio ☐

**D** Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?  
0 = sí    2 = no ☐

**E** Problemas neuropsicológicos  
0 = demencia o depresión grave  
1 = demencia moderada  
2 = sin problemas psicológicos ☐

**F** Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)<sup>2</sup>  
0 = IMC <19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23 ☐

**J.** Cuántas comidas completas toma al día?  
0 = 1 comida  
1 = 2 comidas  
2 = 3 comidas ☐

**K** Consume el paciente  
• productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐  
• huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐  
• carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐  
0.0 = 0 o 1 síes  
0.5 = 2 síes  
1.0 = 3 síes ☐ ☐

**L** Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?  
0 = no    1 = sí ☐

**M** Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)  
0.0 = menos de 3 vasos  
0.5 = de 3 a 5 vasos  
1.0 = más de 5 vasos ☐ ☐

**N** Forma de alimentarse  
0 = necesita ayuda  
1 = se alimenta solo con dificultad  
2 = se alimenta solo sin dificultad ☐

**O** Se considera el paciente que está bien nutrido?  
0 = malnutrición grave  
1 = no lo sabe o malnutrición moderada  
2 = sin problemas de nutrición ☐

**P** En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?  
0.0 = peor  
0.5 = no lo sabe  
1.0 = igual  
2.0 = mejor ☐ ☐

**Q** Circunferencia braquial (CB en cm)  
0.0 = CB < 21  
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22  
1.0 = CB > 22 ☐ ☐

**R** Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)  
0 = CP < 31  
1 = CP ≥ 31 ☐

### Evaluación del cribaje

(subtotal máx. 14 puntos) ☐ ☐

12-14 puntos: estado nutricional normal  
8-11 puntos: riesgo de malnutrición  
0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

### Evaluación

**G** El paciente vive independiente en su domicilio?  
1 = sí    0 = no ☐

**H** Toma más de 3 medicamentos al día?  
0 = sí    1 = no ☐

**I** Úlceras o lesiones cutáneas?  
0 = sí    1 = no ☐

**Evaluación (máx. 16 puntos)** ☐ ☐ ☐

**Cribaje** ☐ ☐ ☐

**Evaluación global (máx. 30 puntos)** ☐ ☐ ☐

### Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal  
De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición  
Menos de 17 puntos ☐ malnutrición

81 Velias B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Velias B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A : M366-377.  
Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
Para más información: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## Anexo 10

## Instrumento de medición de fragilidad en el adulto mayor - Escala de Tinetti

## ESCALA DE TINETTI

## Evaluación de la marcha y el equilibrio

1. MARCHA Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".

1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).

- Algunas vacilaciones o múltiples para empezar.....0
- No vacila.....1

2. Longitud y altura de paso

a) Movimiento del pie derecho

- No sobrepasa el pie izquierdo con el paso.....0
- Sobrepasa el pie izquierdo.....1
- El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso.....0
- El pie derecho se separa completamente del suelo.....1

b) Movimiento del pie izquierdo

- No sobrepasa el pie derecho con el paso.....0
- Sobrepasa el pie derecho.....1
- El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso.....0
- El pie izquierdo se separa completamente del suelo.....1

3. Simetría del paso

- La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual.....0
- La longitud parece igual.....1

4. Fluidez del paso

- Paradas entre los pasos.....0
- Los pasos parecen continuos.....1

5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)

- Desviación grave de la trayectoria.....0
- Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria.....1
- Sin desviación o ayudas.....2

6. Tronco

- Balanceo marcado o uso de ayudas.....0
- No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar.....1
- No se balancea, no se flexiona, ni otras ayudas.....2

7. Postura al caminar

- Talones separados.....0
- Talones casi juntos al caminar.....1

- PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN TOTAL: 28

2. EQUILIBRIO Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1.-Equilibrio sentado

- Se inclina o se desliza en la silla.....0
- Se mantiene seguro.....1

2. Levantarse

- Imposible sin ayuda.....0
- Capaz, pero usa los brazos para ayudarse.....1
- Capaz de levantarse de un solo intento.....2

3. Intentos para levantarse

- Incapaz sin ayuda.....0
- Capaz pero necesita más de un intento.....1
- Capaz de levantarse de un solo intento.....2

4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)

- Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco.....0
- Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse.....1
- Estable sin andador, bastón u otros soportes.....2

5. Equilibrio en bipedestación

- Inestable.....0
- Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro

soporte.....1

- Apoyo estrecho sin soporte.....2

6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.

- Empieza a caerse.....0
- Se tambalea, se agarra pero se mantiene.....1
- Estable.....2

7. Ojos cerrados ( en la posición 6)

- Inestable.....0
- Estable.....1

8. Vuelta de 360 grados

- Pasos discontinuos.....0
- Continuos.....1
- Inestable (se tambalea, se agarra).....0
- Estable.....1

9. Sentarse

- Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla.....0
- Usa los brazos o el movimiento es brusco.....1
- Seguro, movimiento suave.....2

- PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16

## Anexo 11

**Test de depresión geriátrica – Escala de Yesavage**

<b>Pregunta a realizar</b>	<b>Respuesta</b>
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO

## Anexo 12

### Guía metodológica de la encuesta WHOQoL-BREF

#### APPENDIX 1 - FACET DEFINITIONS AND RESPONSE SCALES

##### INTRODUCTION

Each WHOQOL facet can be characterised as a description of a behaviour, a state of being, a capacity or potential, or a subjective perception or experience. For example, pain is a subjective perception or experience; fatigue may be defined as a state; mobility may be defined either as a capacity (ability to move around) or as a behaviour (actual report of walking). A definition was written for each of the facets of quality of life covered by the WHOQOL assessment.

##### OVERALL QUALITY OF LIFE AND HEALTH

These questions examine the ways in which a person assesses his/her overall quality of life, health and well-being.

##### DOMAIN 1 - PHYSICAL DOMAIN

###### 1. Pain and discomfort

This facet explores unpleasant physical sensations experienced by a person and, the extent to which these sensations are distressing and interfere with life. Questions within the facet include the control the person has over the pain and the ease with which relief from pain can be achieved. The assumption is made that the easier the relief from pain, the less the fear of pain and its resulting effect on quality of life. Similarly changes in levels of pain may be more distressing than pain itself. Even when a person is not actually in pain, either through taking drugs or because the pain is by its very nature on and off (e.g. migraine), his/her quality of life may be affected by the constant threat of pain. It is acknowledged that people respond to pain differently, and differing tolerance and acceptance of pain is likely to affect its impact on quality of life.

Unpleasant physical sensations such as stiffness, aches, long-term or short-term pain, or itches are included. Pain is judged to be present if a person reports it to be so, even if there is no medical reason to account for it.

###### 2. Energy and fatigue

This facet explores the energy, enthusiasm and endurance that a person has in order to perform the necessary tasks of daily living, as well as other chosen activities such as recreation. This may extend from reports of disabling tiredness to adequate levels of energy, to feeling really alive. Tiredness may

result from any one of a number of causes, for example illness, problems such as depression, or over-exertion.

The impact of fatigue on social relationships, the increased dependence on others due to chronic fatigue and the reason for any fatigue are beyond the scope of questioning, although they are implicit to the questions in this facet and facets concerned specifically with daily activities and interpersonal relationships.

### **3. Sleep and rest**

This facet concerns how much sleep and rest, and problems in this area, affect the person's quality of life. Sleep problems might include difficulty going to sleep, waking up during the night, waking up early in the morning and being unable to go back to sleep and lack of refreshment from sleep.

The facet's focus is on whether sleep is disturbed or not; this can be for any reason, both to do with the person or to do with the environment.

The questions in this facet do not inquire into specific aspects of sleep such as waking up early in the morning or whether or not a person takes sleeping pills. The question of whether a person is dependent on substances (e.g. sleeping pills) to help him/her sleep is covered in a separate facet.

## **DOMAIN II - PSYCHOLOGICAL**

### **4. Positive feelings**

This facet examines how much a person experiences positive feelings of contentment, balance, peace, happiness, hopefulness, joy and enjoyment of the good things in life. A person's view of, and feelings about the future are seen as an important part of this facet. For many respondents this facet may be regarded as synonymous with quality of life. Negative feelings are not included as these are covered elsewhere.

### **5. Thinking, learning, memory and concentration**

This facet explores a person's view of his/her thinking, learning, memory, concentration and ability to make decisions. This incorporates the speed of thinking and clarity of thought. Questions disregard whether a person is alert, aware or awake, even though these underlie thinking, memory and concentration. It is acknowledged that some people with cognitive difficulties may have no insight



The impact of fatigue on social relationships, the increased dependence on others due to chronic fatigue and the reason for any fatigue are beyond the scope of questioning, although they are implicit to the questions in this facet and facets concerned specifically with daily activities and interpersonal relationships.

### **3. Sleep and rest**

This facet concerns how much sleep and rest, and problems in this area, affect the person's quality of life. Sleep problems might include difficulty going to sleep, waking up during the night, waking up early in the morning and being unable to go back to sleep and lack of refreshment from sleep.

The facet's focus is on whether sleep is disturbed or not; this can be for any reason, both to do with the person or to do with the environment.

The questions in this facet do not inquire into specific aspects of sleep such as waking up early in the morning or whether or not a person takes sleeping pills. The question of whether a person is dependent on substances (e.g. sleeping pills) to help him/her sleep is covered in a separate facet.

## **DOMAIN II - PSYCHOLOGICAL**

### **4. Positive feelings**

This facet examines how much a person experiences positive feelings of contentment, balance, peace, happiness, hopefulness, joy and enjoyment of the good things in life. A person's view of, and feelings about the future are seen as an important part of this facet. For many respondents this facet may be regarded as synonymous with quality of life. Negative feelings are not included as these are covered elsewhere.

### **5. Thinking, learning, memory and concentration**

This facet explores a person's view of his/her thinking, learning, memory, concentration and ability to make decisions. This incorporates the speed of thinking and clarity of thought. Questions disregard whether a person is alert, aware or awake, even though these underlie thinking, memory and concentration. It is acknowledged that some people with cognitive difficulties may have no insight

include a person who is happy with the way they look as well as someone who is severely physically handicapped.

#### **8. Negative feelings**

This facet concerns how much a person experiences negative feelings, including despondency, guilt, sadness, tearfulness, despair, nervousness, anxiety and a lack of pleasure in life. The facet includes a consideration of how distressing any negative feelings are and their impact on the person's day-to-day functioning. Questions are framed so as to include people with quite disabling psychological difficulties such as severe depression, mania or panic attacks.

Questions do not include poor concentration, nor the relationship between negative affect and the person's social relationships because these are covered elsewhere. Nor do questions include any detailed assessment of the severity of the negative feelings.

### **DOMAIN III - LEVEL OF INDEPENDENCE**

#### **9. Mobility**

This facet examines the person's view of his/her ability to get from one place to another, to move around the home, move around the work place, or to and from transportation services.

The focus is on the person's general ability to go wherever he/she wants to go without the help of others regardless of the means used to do so. The assumption is made that wherever a person is dependent to a significant extent for his/her mobility on another person this is likely to affect quality of life adversely. In addition, questions address people with mobility difficulties regardless of whether changes in their mobility were sudden or more gradual, although it is acknowledged that this is likely to affect the impact on quality of life significantly.

A person's impairment does not necessarily affect his/her mobility. So for example someone using a wheelchair or walking frame may have satisfactory mobility in an adequately adapted home or workplace. Nor does this facet include transportation services (e.g. car, bus) as this is covered in a separate facet (*Transport*).



#### **10. Activities of Daily Living**

The facet explores a person's ability to perform usual daily living activities. This includes self-care and caring appropriately for property. The focus is on a person's ability to carry out activities, which he/she is likely to need to perform on a day-to-day basis. The degree to which people are dependent on others to help them in their daily activities is also likely to affect their quality of life.

The questions do not include aspects of daily living which are covered in other areas; namely, specific activities affected by fatigue, sleep disturbances, depression, anxiety, mobility, and so on. Questions disregard whether a person has a home or a family.

#### **11. Dependence on medication or treatments**

This facet examines a person's dependence on medication or alternative medicines (such as acupuncture and herbal remedies) for supporting his/her physical and psychological well-being. Medications may in some cases affect a person's quality of life in a negative way (e.g. side effects of chemotherapy) whilst in other cases it may enhance the person's quality of life (e.g. cancer patients using pain killers).

This facet includes medical interventions that are not pharmacological, but on which the person is still dependent, for example a pacemaker, artificial limb or colostomy bag. The questions do not include detailed enquiry into the type of medication.

#### **12. Working capacity**

This facet examines a person's use of his or her energy for work. "Work" is defined as any major activity in which the person is engaged. Major activities might include paid work, unpaid work, voluntary community work, full-time study, care of children and household duties. Because such questions refer to these possible types of major activities, the facet focuses on a person's ability to perform work, regardless of the type of work.

The questions do not include how people feel about the nature of the work that they do, nor do they include the quality of their work environment.

### **DOMAIN IV - SOCIAL RELATIONSHIPS**

#### **13. Personal relationships**

This facet examines the extent to which people feel the companionship, love and support they desire from the intimate relationship(s) in their life. This facet also addresses commitment to and current experience of caring for and providing for other people.

This facet includes the ability and opportunity to love, to be loved and to be intimate with others both emotionally and physically. The extent to which people feel they can share moments of both happiness and distress with loved ones, and a sense of loving and being loved are included. The physical aspects of intimacy such as hugging and touch are also included. It is acknowledged, however, that this facet is likely to overlap considerably with the intimacy of sex which is covered in the facet *Sexual activity*.

The questions include how much satisfaction a person gets from, or has problems managing the burdens of caring for others. The possibility of this being both a positive as well as a negative experience is implicit to the facet.

This facet addresses all types of loving relationships, such as close friendships, marriages and both heterosexual and homosexual partnerships.

#### **14. Social support**

This facet examines how much a person feels the commitment, approval, and availability of practical assistance from family and friends. Questions explore how much family and friends share in responsibility and work together to solve personal and family problems. The facet's focus is on how much the person feels he/she has the support of family and friends, in particular to what extent he/she might depend on this support in a crisis.

This includes how much the person feels he/she receives approval and encouragement from family and friends. The potentially negative role of family and friends in a person's life is included in this facet and questions are framed to allow negative effects of family and friends such as verbal and physical abuse to be recorded.

#### **15. Sexual activity**

This facet concerns a person's urge and desire for sex, and the extent to which the person is able to express and enjoy his/her sexual desire appropriately.

Sexual activity and intimacy are for many people intertwined. Questions, however, enquire only about sex drive, sexual expression and sexual fulfilment, with other forms of physical intimacy being covered elsewhere. In some cultures fertility is central to this facet, and child bearing is an extremely valued role. This facet incorporates this aspect of sex in these cultures, and is likely to be interpreted in these terms in these cultures. Questions do not include the value judgements surrounding sex, and address only the relevance of sexual activity to a person's quality of life. Thus the person's sexual orientation and sexual practices are not seen as important in and of themselves: rather it is the desire for, expression of, opportunity for and fulfilment from sex that is the focus of this facet.

It is acknowledged that sexual activity is difficult to ask about, and it is likely that responses to these questions in some cultures may be more guarded. It is further anticipated that people of different ages and different gender will answer these questions differently. Some respondents may report little or no desire for sex without this having any adverse effects on their quality of life.

## **DOMAIN V - ENVIRONMENT**

### **16. Physical safety and security**

This facet examines the person's sense of safety and security from physical harm. A threat to safety or security might arise from any source such as other people or political oppression. As such this facet is likely to bear directly on the person's sense of freedom. Hence, questions are framed to allow answers that range from a person having the opportunities to live without constraints, to the person living in a state or neighbourhood that is oppressive and felt to be unsafe.

Questions include a sense of how much the person thinks that there are 'resources' which protect or might protect his/her sense of safety and security. This facet is likely to have particular significance for certain groups, such as victims of disasters, the homeless, people in dangerous professions, relations of criminals, and victims of abuse.

Questions do not explore in depth the feelings of those who might be seriously mentally ill and perceive that their safety is threatened by "being persecuted by aliens", for example.

Questions focus on a person's own feeling of safety / lack of safety, security / insecurity in so far as these affect quality of life.

### **17. Home Environment**

This facet examines the principal place where a person lives (and, at a minimum, sleeps and keeps most of his/her possessions), and the way that this impacts on the person's life. The quality of the home would be assessed on the basis of being comfortable, as well as affording the person a safe place to reside.

Other areas which are included implicitly are: crowdedness; the amount of space available; cleanliness; opportunities for privacy; facilities available (such as electricity, toilet, running water); and the quality of the construction of the building (such as roof leaking and damp).

The quality of the immediate neighbourhood around the home is important for quality of life, and questions include reference to the immediate neighbourhood. Questions are phrased so as to include the usual word for 'home', i.e. where the person usually lives with his/her family. However, questions are phrased to include people who do not live in one place with their family, such as refugees, or people living in institutions. It would not usually be possible to phrase questions to allow homeless people to answer meaningfully.

### **18. Financial resources**

The facet explores the person's view of how his/her financial resources (and other exchangeable resources) and the extent to which these resources meet the needs for a healthy and comfortable life style. The focus is on what the person can afford or cannot afford which might affect quality of life.

The questions include a sense of satisfaction / dissatisfaction with those things which the person's income enables them to obtain. Questions include a sense of the dependence / independence provided by the person's financial resources (or exchangeable resources), and the feeling of having enough.

Assessment will occur regardless of the respondent's state of health or whether or not the person is employed. It is acknowledged that a person's perspective on financial resources as "enough", "meeting my needs" etc. is likely to vary greatly, and the questions are framed to allow this variation to be accommodated.

### 19. Health and social care: availability and quality

The facet examines the person's view of the health and social care in the near vicinity. "Near" is the time it takes to get help.

Questions include how the person views the availability of health and social services as well as the quality and completeness of care that he/she receives or expects to receive should these services be required. Questions include volunteer community support (religious charities, temples ...) which either supplements or may be the only available health care system in the person's environment. Questions include how easy / difficult it is to reach local health and social services and to bring friends and relatives to these facilities.

The focus is on the person's view of the health and social services. Questions do not ask about aspects of health care which have little personal meaning or relevance to the person who will be answering the question.

### 20. Opportunities for acquiring new information and skills

This facet examines a person's opportunity and desire to learn new skills, acquire new knowledge, and feel in touch with what is going on. This might be through formal education programs, or through adult education classes or through recreational activities, either in groups or alone (e.g. reading).

This facet includes being in touch and having news of what is going on, which for some people is broad (the "world news") and for others is more limited (village gossip). Nevertheless, a feeling of being in touch with what is going on around them is important for many people and is included.

The focus is on a person's chances to fulfil a need for information and knowledge whether this refers to knowledge in an education sense, or to local, national or international news that has some relevance to the person's quality of life.

Questions are phrased in order to be able to capture these different aspects of acquiring new information and skills ranging from world news and local gossip to formal educational programs and vocational training. It is assumed that questions will be interpreted by respondents in ways that are meaningful and relevant to their position in life.

### 21. Participation in and opportunities for recreation and leisure

This facet explores a person's ability, opportunities and inclination to participate in leisure, pastimes and relaxation.

The questions include all forms of pastimes, relaxation and recreation. This might range from seeing friends, to sports, to reading, to watching television or spending time with the family, to doing nothing.

Questions focus on three aspects: the person's capacity for, opportunities for and enjoyment of recreation and relaxation.

### 22. Physical environment (pollution/ noise/ traffic/ climate)

This facet examines the person's view of his/her environment. This includes the noise, pollution, climate and general aesthetic of the environment and whether this serves to improve or adversely affect quality of life. In some cultures certain aspects of the environment may have a very particular bearing on quality of life, such as the central nature of the availability of water or air pollution.

This facet does not include *Home environment* or *Transport* as these are covered in separate facets.

### 23. Transport

This facet examines the person's view of how available or easy it is to find and use transport services to get around.

Questions include any mode of transport that might be available to the person (bicycle, car, bus ...). The focus is on how the available transport allows the person to perform the necessary tasks of daily life as well as the freedom to perform chosen activities.

Questions do not enquire into the type of transport, nor do they explore means that are used to get around in the home itself. In addition the personal mobility of the individual is not included because this is covered elsewhere (*Mobility*).

